Travail du Service du Professeur Brindeau (Clinique Tarnier)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° 81

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques COURTOIS

Né le 29 février 1904, à Paris-17e

DE LA RÉTENTION DU FŒTUS MORT DANS LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Président : BRINDEAU, *Professeur*.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1928

Travail du Service du Professeur Brindeau (Clinique Tarnier)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques COURTOIS

Né le 29 février 1904, à Paris-17e

DE LA RÉTENTION DU FŒTUS MORT DANS LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Président : BRINDEAU, *Professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1928

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale
GATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL. . .	Pathologie médicale.

MM.	
I. de JONG . .	Anatomie pathologique
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . .	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
SÉZARY . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VELTER. . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
VILLARET	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BRINDEAU

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

Je vous dois mon éducation obstétricale (Stage, Externat, Monitorat).

Je vous exprime toute ma reconnaissance des bienfaits de votre enseignement et je vous prie d'agréer, en témoignage de tout mon dévouement, cet hommage respectueux de ma profonde et affectueuse admiration.

A Monsieur le Docteur BRUHL

Officier de la Légion d'honneur,
Médecin-chef de l'Hôpital Bichat,

Qui m'a formé à la connaissance de la médecine (Stage-Externat).

Permettez-moi de vous offrir, cordialement, mes complets remerciements et de vous assurer de ma vive et respectueuse gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS
ET A LA FACULTÉ

MM. les Professeurs : FOIX (*in memoriam*), GUILLAIN, LEJARS, LENORMAND, LIAN, METZGER, SERGENT, VAUDESCAL :

MM. les Docteurs : ALAJOUANINE, BEAUJARD, J.-CH. BLOCH, BROCQ, CHAILLOUS, CHEVRIER, GUILLEMOT, HALPHEN, M.-L. KINDBERG, LOBLIGEOIS, MOUCHET, MOURE, PRÉVOST, SÉJOURNET, STÉVENIN.

A MM. les Docteurs : PÉRISSON, PLICHET, SOUPAULT

Chefs de clinique à la Faculté.

A MM. les Drs DESOUBRY, JACQUET, LANTUÉJOUL, de PERETTI DELLA ROCCA, de MANET.

Chefs de clinique à la Clinique Tarnier

A M. le Docteur CARTIER,

A Monsieur HINGLAIS.

Chefs de Laboratoire à la Clinique Tarnier.

A MM. BAILLIS, CODET, JANY, PETRIGNANI, SUZOR, TRIO

Internes à la Clinique Tarnier.

A M. de TRAVERSE.

Pharmacien de la Clinique Tarnier

A MES COLLÈGUES ET AMIS MONITEURS DE LA CLINIQUE TARNIER.

A MM. les Docteurs : BÉCHET, CLAUDE BÉCLÈRE, GARCIN, JOANNIS, LEMONNIER, MABILLE, OBERLIN,

Internes H.P.

A M. le Docteur COUREAU

A MM. les Docteurs LE GOFF et TORCHAUSSÉ

Radiologues H.P.

A TOUS MES CAMARADES

En souvenir de nos travaux en commun.

A MES AMIS

DE

LA RÉTENTION DU FŒTUS MORT

DANS LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

INTRODUCTION

Notre maître, M. le Professeur Brindeau, que nous prions ici d'accepter toute notre respectueuse reconnaissance pour les conseils et les directives qu'il nous a donnés lors de la rédaction de cet ouvrage, s'est depuis fort longtemps intéressé à ce sujet, qu'il a très longuement traité dans ses cours et dans ses publications, à plusieurs reprises.

Nous nous sommes beaucoup inspiré de tout ce qui avait été dit dans ces différents travaux où tous les points intéressants de la question ont parfaitement été mis en lumière. Ce travail nous a fourni l'occasion de publier 25 observations inédites de rétention de fœtus mort, ainsi que 9 observations de fœtus vivants de grossesse ectopique, pour permettre d'établir un parallèle entre la grossesse ectopique vivante et la rétention d'un fœtus mort ectopique de même terme.

Ces observations proviennent soit du Service de M. le Pr Brindeau, à la Clinique Tarnier, soit du Service de M. le Pr Brindeau, à l'Hôpital de la Pitié.

La plus grande partie des interventions pratiquées dans ces 34 cas de grossesses ectopiques l'ont été par M. le Pr Brindeau.

Nous avons également, sur les indications de notre Maître, décrit les ectopions (et plus particulièrement les lithopédions) qui nous ont semblé les plus démonstratifs, tels que l'on peut les voir au Musée de la Clinique Tarnier.

Nous retranscrivons en annexe 4 observations de rétention de fœtus mort déjà citées par le Pr Brindeau dans son cours du jeudi soir, en l'année 1926.

Nous avons également minutieusement étudié un rapport du Dr Stamm de Mayence, sur un cas de grossesse extra-utérine avec rétention de fœtus mort, et l'observation déjà ancienne, mais fort complète et très détaillée, de MM. Demelin et Bouchacourt.

D'autre part, nous avons établi et dégagé des statistiques diverses et nombreuses sur la fréquence des grossesses extra-utérines, et les pourcentages respectifs de ses différentes variétés à la Clinique Tarnier.

Nous avons également cité, entre autres, les statistiques très intéressantes publiées sur le même sujet par le Docteur Stamm déjà cité.

Il est certain, cependant, que, dans les maternités, les statistiques sont faussées aux dépens des grossesses extra-utérines jeunes, comme les statistiques sont faussées aux dépens des grossesses ectopiques avancées dans les services de chirurgie. Les premières, en effet, sont plus souvent vues par le chirurgien, les secondes ressortent plutôt du domaine de l'accoucheur.

Au risque de paraître vouloir traiter de la grossesse extra-utérine en général dans le début de cette thèse, nous avons préféré cependant décrire assez minutieusement son anatomie pathologique, évolutive si l'on peut dire, afin que le développement de la grossesse extra-utérine vivante fasse mieux comprendre la complexité anatomo-pathologique de la rétention du fœtus mort constituée.

L'étude des lésions successives de la grossesse ectopique, de sa topographie, de l'apparition de ses adhérences et de ses rapports nouveaux lors de son développement progressif avec l'anatomie normale du petit bassin et de l'abdomen, nous a conduit à prendre cette grossesse *très jeune* (à partir du terme possible de deux mois) et à la suivre le plus attentivement dans son développement.

D'ailleurs, la rétention du fœtus mort, comme on en peut juger par la lecture de nos observations, peut se rencontrer à tous les termes de la grossesse ectopique, puisque nos observations sont échelonnées du terme de deux mois au

terme de neuf mois. D'où la nécessité d'étudier l'anatomie pathologique de la grossesse ectopique à ses différents âges.

Quoi qu'il en soit, l'anatomie pathologique très complète peut seule permettre de faire comprendre le mode d'intervention de choix dans la rétention du fœtus mort, les indications opératoires à ses différents stades, l'époque la plus propice à l'intervention.

Quant à la décision à prendre sur la meilleure technique opératoire à adopter, il nous semble que la comparaison des statistiques respectives des différentes méthodes opératoires et de leurs résultats éloignés, sera le procédé le plus scientifique de discrimination.

Mais il faut cependant, dans chaque cas d'espèce, tenir compte du facteur personnel, du tempérament plus ou moins chirurgical de l'accoucheur, et surtout du milieu plus ou moins favorable aux interventions chirurgicales. Chaque cas particulier aura évidemment, dans ces conditions, une solution propre qui peut ne pas être absolument la meilleure, mais qui, relativement aux circonstances de ce cas particulier, sera la moins mauvaise.

Nous terminerons enfin cet ouvrage par une longue bibliographie de cette question.

Il a paru sur ce sujet de très nombreuses publications de toute espèce : livres, brochures, thèses, articles de revues, rapports, comptes rendus, observations, dans toutes les parties du monde.

Nous nous sommes efforcé de répertorier cette bibliographie de façon aussi complète que possible, tant en ce qui concerne les auteurs français que les auteurs étrangers. Qu'on nous pardonne si nous n'avons pas pu tout citer ; il nous a semblé néanmoins utile de constituer, sur cette intéressante question, un dossier bibliographique important, permettant au chercheur de retrouver, sur la question qui nous intéresse, les informations importantes parues jusqu'à ce jour.

DÉFINITION

On entend par rétention du fœtus mort, dans la grossesse extra-utérine, tous les cas de grossesse ectopique où le fœtus meurt, prêt du terme ou avant terme et demeure dans l'organisme maternel, ne pouvant évidemment pas trouver physiologiquement issue par les voies naturelles.

Cette question tire son intérêt de plusieurs points :

a) En pratique : le diagnostic surtout dans les grossesses ectopiques à terme n'est que très rarement fait ;

b) Quant au traitement : il a été très discuté. En effet certains estiment devoir attendre le terme (pour extraire un enfant vivant) ; d'autres (considérant les malformations fréquentes du fœtus) préfèrent ne pas risquer la vie de la mère et sont d'avis *d'attendre la mort du fœtus*, après laquelle ils interviennent.

Cependant, dans les premiers mois de la grossesse extra-utérine, tous les auteurs sont d'accord pour intervenir sans temporiser. Ce sont, d'ailleurs, surtout les chirurgiens qui voient ces cas.

Dans la rétention du fœtus mort, par crainte des accidents toujours possibles d'hémorragie et surtout d'infection, les anciennes méthodes d'expectative et de non intervention ne sont plus de mise, surtout depuis l'ère de l'asepsie pasteurienne.

HISTORIQUE

La grossesse extra-utérine en elle-même, n'est guère connue que depuis les travaux de Régnier de Graff, Baër, Coste, Dezeimeris, Velpeau (1845), Gallard, Schörder.

L. Tait pratiqua un des premiers la laparatomie moderne.

Le traitement et la symptomatologie furent étudiés par Barnes, Bland Sutton, Kelly, Martin, Worth, Muret, Pinard, Bouilly, Terrier, Segond, Pozzi.

Les recherches anatomopathologiques furent faites par Parry, Maygrier, Léopold, Veit, Lecène, Pilliet, Webster, Baudler et Couvelaire.

La rétention prolongée du fœtus mort est connue depuis longtemps. Son étiologie et sa localisation extra-utérine sont de connaissance récente.

De nombreux cas sont cités dans la thèse de notre collègue, le Dr R. Palliez, moniteur de la Clinique Tarnier, et dans la remarquable étude bibliographique de MM. les Prs Demelin et Bouchacourt.

Nous prions ceux que la question intéresse de s'y reporter pour plus amples détails.

Chez les Romains, Mathias Cornax relate une rétention de fœtus mort pendant quatre ans.

Un point commun chez tous les auteurs que nous allons citer, c'est leur insistance à parler d'une couche plâtreuse qui incruste le fœtus.

En 1552, Jean d'Alibour, médecin de Henri IV, parle d'un fœtus retenu quarante ans.

1582. — Ambroise Paré parle d'un enfant pétrifié (dans le chapitre des monstres) porté vingt-huit ans.

1590. — Lithopœdion de Jean Riolan.

1611. — Expulsion par l'ombilic d'un fœtus mort retenu vingt-cinq mois et demi (Marchandet, chirurgien de Salius).

1640. — Lithopœdion rapporté par Jean Riolan.

1661. — Enfant de Pont-à-Mousson resté trente ans dans le corps de sa mère (Laurent Strauss).

1661. — Enfant de Dôle porté pendant seize ans par sa mère.

1661. — Arnold Seuguard parle d'un lithopœdion retenu quinze ans.

1665. — Soc. Roy. Britannique : fœtus porté dix-huit ans ; éliminé par un abcès, la femme accouche normalement dans l'intervalle.

1672. — Bouchard : fœtus porté seize ans.

1672. — Oldenbourg : os de fœtus expulsés par l'anus.

1672. — Description de la vésicule de De Graaf.

1682. — Reivallier : fœtus expulsé par la vulve et par une fistule ombilicale.

1696. — Duchesne : fœtus resté quelques années dans le ventre et sorti par une plaie du bas-ventre.

1696. — Heinrich Vorwaltner : fœtus extrait par morceaux par l'ombilic.

1700. — Transaction philosophique : fœtus rendu par l'anus.

(Morley) : fœtus resté vingt-six ans dans l'abdomen.

(Bayle), etc..., etc...

1710. — Daniel Nebel de Marbourg : squelette resté trois ans dans le ventre maternel.

1714. — Jean-Jacques Rau : nécropsie : fœtus dans la trompe depuis six ans.

1719. — Bompard : fœtus retenu quinze ans.

1721. — Sébastien Melli de Venise : fœtus sorti au bout de quelques années par abcès.

1729. — Leinzell : lithopœdion de quarante-six ans.

1734. — Houston : fœtus porté cinq ans et demi.

1735. — Blok, de Brême : fœtus porté onze ans.

1739. — Bromfield : fœtus porté neuf ans.

1745. — Marshal : fœtus porté treize ans.

1745. — Mousey : fœtus porté treize ans.

1748. — Baron, de Luçon : fœtus porté trente et un ans.

1758. — Collin : enfant porté quatre ans.

1761. — Delavergue, de Poitiers : fœtus porté vingt neuf mois, abcès ombilical.

1767. — Lithopœdion de Heidelberg porté cinquante-quatre ans.

1775. — Walter de Berlin : lithopoedion de vingt-deux ans.

1784. — Percival : ectopion expulsé après vingt-deux ans, par le rectum.

1785. — Varnier et Mangin : fœtus porté trente-trois ans.

1802. — Johann Georg de Weinhardt : rétention de seize ans.

1805. — Josephi : ectopion de quinze ans, trouvé dans la vessie.

1805. — Cadwell : rétention de vingt-six ans.

1807. — Drivel, de Dresde : rétention de sept ans.

1810. — Deumann : ectopion de trente-deux ans.

1810. — Mascagni : rétention de quatorze ans.

1814. — Richard Brown Cherton, de Gloucester : rétention de cinquante-deux ans (Londres, 1790).

1815. — Hassinger : rétention de sept mois et demi.

1819. — Seiler de Dresde : lithopoedion de quarante-six ans.

1820. — De Bruns : lithopoedion de cinquante ans.

1821. — Caméry, de Bonisch : lithopoedion de sept ans.

1825. — Cruveilhier : lithopoedion de quarante-deux ans.

1828. — Lee Heiskell, de Virginie : rétention de quarante ans.

1829. — Wilmans : rétention de quinze ans (avec 4 accouchements dans l'intervalle).

1832. — Stoltz de Strasbourg : rétention de deux ans.

1835. — Cohen : fœtus retenu huit ans, sorti par l'anus.

1836. — Dantzig : lithopoedion de vingt-neuf ans.

1840. — Pachur : rétention de huit ans.

1841. — Amussat : rétention de sept ans.

1843. — Tichy : rétention de six ans.

1843. — Loscher : rétention de onze ans,

1843. — Dartigues : rétention de six ans.

1845. — Velpeau : rétention de deux ans.

1846. — Yardley : rétention de quinze ans.

1846. — Cradock : rétention de vingt-deux ans.

1847. — Heyerdahl : rétention de trois ans, issu par le rectum.

1847. — Lespagnol : fœtus à terme retenu dix-neuf ans.

1849. — Virchow : un cas de rétention de dix-huit ans, un cas de onze ans.

1849. — James Will, d'Aberdeen, deux cas de rétention : vingt-six ans et dix ans.

1850 : Christian : rétention de vingt ans.

1851. — Schneevoogt : rétention de six ans ; issu par l'anus.

1853. — Bogren : rétention de vingt-cinq ans, issu par voie hypogastrique.

1853. — Félix, de Lyon : rétention de trente-neuf ans,

1855. — Qusmingham : rétention de quarante ans.

1855. — Stein : rétention de un an.

1856. — Heise, de Chicago : rétention de quatre ans (avec deux accouchements normaux dans l'intervalle).

1858. — Yung, de Chicago : rétention de quatre ans.

1858. — Johnston de Philadelphie : fœtus de quatre ans six semaines extrait par l'anus.

1859. — Jones de Londres : rétention de quinze ans.

1859. — Genus et Schrant : rétention de douze ans.

1859. — Biebuyck : rétention de vingt-neuf mois.

1864. — Playfair : rétention de vingt ans.

1866. — Conant : un cas de lithopoedion.

1866. — Siotis, de Constantinople : rétention de sept ans avec ouverture dans l'intestin.

1866. — Lorain : rétention de dix-huit mois avec ouverture dans le rectum.

1867. — Pletzer : lithopoedion de un an et demi avec perforation intestinale.

1869. — Davis, de Londres : rétention de plus de deux ans.

1869. — Bunant : fœtus expulsé après cinq ans.

1871. — Beech, de Chicago : ectopion sorti après quatre ans.

1872. — Johnston, de Londres : ectopion retenu quarante-quatre ans.

1872. — Bossi, de Gratz : rétention de six ans.

1872. — Vurm, de Teinach : lithopoedion de deux ans.

1873. — Levris : rétention de seize ans.

1874. — Pajot : rétention de cinq ans, non extrait.

1875. — Verardini, de Bologne : rétention de plus sept ans.

1875. — Kuster : rétention de vingt-huit ans ; issu par le rectum.

1876. — Faunin : rétention de trente ans.

1876. — Laupus, de Göttingen : rétention de vingt-sept ans, issu par le rectum.

1876. — Chiari, de Vienne : rétention de quarante-neuf ans.

1876. — Galli : rétention de trente-sept ans.

1878. — Mac Collom, de Brooklyn : rétention de onze ans.

1878. — Chiari : rétention de cinq ans.

1880. — Kuchenmeister : rétention de cinquante-sept ans.

1882. — Thomas Caraman, de Forges-les-Eaux : rétention de cinq ans ; opération ; guérison.

1882. — De Brun du Bois Noir : issu d'un squelette de sept ans par le rectum.

1882. — Pascal, de New York : rétention de dix ans, guérison.

1882. — Léopold : rétention de trente-cinq ans.

1882. — Jordan : fœtus retenu neuf ans.

1883. — Notta : fœtus retenu sept ans, étranglement interne, mort.

1883. — Œttinger : rétention de quinze ans.

1883. — Fort : un cas.

1883. — Bouilly, rétention de sept ans, mort.

1883. — Sappey : rétention de cinquante-six ans.

1884. — Monnier : rétention de cinq ans, mort.

1884. — Bolling, d'Upsal : rétention de dix ans.

1885. — Sharber : rétention de vingt-neuf ans.

1885. — Fatrich, de Chicago : rétention de quatorze ans.

1885. — Martin, de Berlin : rétention de douze ans.

1886. — Homans, de Boston : rétention de sept ans.

1886. — Charles, de Liège : rétention de dix ans, mort.

1886. — Murfree : rétention de cinquante-cinq ans.

1886. — Bubendorf : rétention de cinq ans, issu par le rectum.

1886. — Da Costa : rétention de quarante-trois ans.

1887. — Gates, de Philadelphie : issue par voie rectale d'un fœtus de neuf ans.

1887. — Beuguier et Corbeau, de Givet : rétention de dix ans, sorti par des abcès de la fesse droite et de la fesse gauche, du bas-ventre et du périnée.

1889. — Péan : fœtus retenu six ans dans la vessie.

1889. — Tarnier : fœtus retenu trente-trois ans.

1890. — Chandelux : rétention de quatorze mois, laparatomie.

1892. — Bureau : rétention de plusieurs mois.

1893. — Pinard : laparotomie au bout du dixième mois.

1893. — Budd : rétention de onze mois, mort ; un autre cas de rétention de neuf mois, avec guérison.

1894. — Patelllani : deux cas de rétention.

1894. — Caruso : rétention de onze mois.

1894. — Villar : rétention de douze mois.

1894. — Rector : rétention de douze mois.

1895. — Djemil Beb : rétention de trois ans.

1895. — Stieber : rétention de quatorze mois.

1895. — Church : rétention.

1895. — Carus : rétention de quatorze mois ; issu par le rectum.

1895. — Folet : rétention de huit ans.

1896. — Folet : rétention de quinze ans.

1896. — Grisel : un cas de rétention.

1896. — Sepibus : rétention de dix ans huit mois, issue par le rectum.

1897. — Currier : rétention de quatorze ans.

1898. — Arsdale : rétention de dix-sept ans avec kyste de l'ovaire, mort.

1898. — Warszawski : rétention de seize mois.

1898. — Bastian : rétention de quatre ans.

1898. — Rochet : rétention de douze mois.

1898. — Vilain : rétention de quinze mois.

1899. — Pozzi : rétention de six ans.

1899. — Haigg : deux sacs ectopiques.

1900. — Klingensmith : rétention de dix-sept ans.

1900. — Davidowo. — Schepelewa : rétention de un an huit mois.

1902. — Beyea, de New-York : rétention de trois ans et demi ; issue par le rectum.

1902. — Condamin : rétention de huit ans.

1903. — Noble : rétention de vingt ans.

1903. — Deletrez : rétention de douze mois.

1903. — Strauss : litho kelyphopeodion de quatre ans.

1903. — Psaltoff, de Smyrne : grossesse extra-utérine latérale : deux fœtus momifiés.

1903. — Gourdet, de Nantes : rétention de douze à treize mois.

Novembre 1903. — A propos d'un cas de rétention pendant quatre ans d'un fœtus extra-utérin près du terme par MM. Demelin et Bouchacourt (l'Obstétrique).

1926. — Cinq cas de grossesses estopiques près du terme. Professeur Brindeau (Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier).

FRÉQUENCE ET STATISTIQUE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Price déclare que 3,3 % des cas gynécologiques sont des opérations pour grossesse ectopique.

Nous avons trouvé à la Clinique Tarnier 12,48 % d'interventions pour grossesse extra-utérine, parmi les interventions gynécologiques totales, et 9,50 % d'interventions pour grossesse extra-utérine parmi toutes les femmes hospitalisées pour des cas gynécologiques, et 1,11 % de grossesses extra-utérines opérées parmi les femmes venues à la consultation de gynécologie.

Fréquence des grossesses ectopiques dans les maternités.

Pourcentage des grossesses extra-utérines comparées aux grossesses intra-utérines :

Stamm : à Mayence. . . . 0,63 %
à Francfort. . . . 1,25 % } moyenne 0,93 %

A la Clinique Tarnier, nous avons trouvé 0,6 %.

Age. — En général, il s'agit de femme ayant dépassé 20 ans.

Pour Stamm, l'âge moyen est de 30-31 ans.

En effet, cet auteur trouve :

de 16 à 20 ans : de 0 à 2,2 %
de 21 à 25 ans : de 11,9 à 19 %
de 26 à 30 ans : de 31,9 à 30,4 %
de 31 à 35 ans : de 31 à 27,2 %
de 36 à 40 ans : de 22,4 à 19,6 %
de 41 à 47 ans : de 3,5 à 1,6 %

En général, la grossesse extra-utérine est rare chez la primipare.

Professeur Brindeau : 15 primipares sur 100 cas.

Stamm trouve, avant la grossesse extra-utérine, un pourcentage de 10,5 % à 26,6 % de nullipares contre 89,5 à 73,4 % de multipares.

De 21,9 % à 33,3 de femmes avaient eu antérieurement un avortement.

La moyenne des femmes en étaient à leur troisième grossesse.

En général, on observe une période de stérilité (Stamm : de 3 à 5 ans) entre la dernière grossesse et la production de grossesse ectopique.

Enfin, la grossesse extra-utérine serait fréquente dans la race noire.

Dans la grande majorité des cas, la grossesse extra-utérine n'atteint pas trois mois.

A la Clinique Tarnier, 10 % des grossesses ectopiques opérées avaient dépassé trois mois.

D'après Stamm, dans la plupart des cas, la terminaison se fait par rupture ou par avortement tubaire et il y aurait à peu près autant d'avortements que de ruptures tubaires.

Voici les statistiques de la Clinique Tarnier :

Rétention de fœtus ou œuf mort. . .	13 %
Inondation péritonéale.	3 %
Hématocèle enkystée.	34 %
Hématosalpinx	13 %
Avortement tubaire.	5 %
Rupture tubaire.	19 %

Répartition des hématocèles (Stamm) :

101 rétro-utérines.
7 péritubaires.
3 rétro-utérines et péritubaires.

Stamm a trouvé trois fois des jumeaux sur 184 cas.

Siège de la grossesse extra-utérine. — Cette grossesse serait à peu près aussi fréquente à droite qu'à gauche d'après Stamm, qui l'a vue une fois sur 184 cas, bilatérale,

Statistique de Parry.

Grossesse tubaire 42,8 % comprenant :

Grossesse tubaire vraie.	29,8 %
Grossesse tubo-ovarique ou tubo-abdominale. . .	6,8 %
Grossesse interstitielle	6,2 %
Grossesse ovarique.	5,4 %
Grossesse abdominale.	5,8 %
Cas indéterminés.	4,6 %

Statistique de Stamm.

Tubaires.	91,2 % à 94,97 %
Intraligamentaires.	2,23 % à 5,9 %
Ovariennes	0,56 % à 1,95 %
Abdominales.	0,95 % maximum
Fimbriaires.	1,12 % maximum
Dans le mésosalpinx. . . .	0,56 % maximum
Dans une corne rudimentaire.	0,56 % maximum

ÉTIOLOGIE

En général, la cause des grossesses extra-utérines, très variable avec chaque cas, peut être :

Une malformation des organes génitaux internes (différenciation des canaux de Müller incomplète) ;

Une affection des trompes, de l'utérus, de l'ovaire ;

Un parcours anormal de l'ovule fécondé ;

Une anomalie de l'ovule ou du spermatozoïde ;

Un trouble du mécanisme physiologique de la fécondation.

Il résulte d'une étude statistique de Stamm que la grande cause des grossesses extra-utérines semble être des reliquats inflammatoires de lésions anciennes de la trompe. En fait, il a trouvé d'une façon relativement fréquente des ovaires dégénérés, kystiques, ce qui, selon lui, confirme la théorie inflammatoire car, dit-il, « les processus inflammatoires de

« l'ovaire sont toujours combinés avec des processus inflam-
« matoires tubaires ».

PATHOGÉNIE

Les grossesses extra-utérines arrivent rarement à terme car *le fœtus jeune est un véritable cancer pour la femme qui ne se défend contre lui que par réaction de son utérus* (Pr Brindeau).

Les villosités choriales détruisent, en les rongeant, les tissus maternels ; si l'utérus ne se défendait pas, les villosités choriales se frayeraient un chemin à travers cet organe.

M. Friedheim a, tout récemment, cultivé *in vitro* des villosités placentaires humaines de grossesse tubaire de cinq semaines. Il a réussi des passages successifs d'une culture pure de l'épithélium de Langhans. Il en conclut que le syncitium n'a pas de puissance proliférative propre, mais qu'il est produit en réalité par les cellules de Langhans.

Ces dernières peuvent présenter, grâce à leur ectoplasme hyalin, des mouvements très vifs qui expliquent la présence, souvent constatée, des cellules fœtales loin du placenta, dans le muscle utérin

Si l'œuf se greffe dans la trompe, qui n'est pas faite pour lui résister comme le ferait une muqueuse utérine, les villosités rongent sa muqueuse et sa musculeuse par infiltration, et il se produira une *rupture de la trompe* ; ou, si elle ne se rompt pas, une hémorragie dans l'intérieur de la trompe, l'œuf se décolle et meurt : c'est *l'hématosalpinx*.

C'est parce que l'œuf est un véritable cancer destructeur de la trompe, que l'on voit si rarement la grossesse extra-utérine à terme.

Le plus souvent la grossesse atteint le terme quand elle devient *intra-ligamentaire*, surtout lorsque l'insertion du placenta se fait sur le bord inférieur de la trompe.

La *grossesse tubo-abdominale* peut parfois parvenir à terme, mais en se développant dans la cavité péritonéale (*grossesse abdominale secondaire*).

Les *grossesses ovariennes* à terme sont exceptionnelles :

il en est de même des *grossesses interstitielles* (lesquelles peuvent cependant continuer à se développer dans la *cavité utérine* à la condition d'être greffées à la partie tout interne de la trompe).

Enfin, il semble bien que les *grossesses abdominales primitives* existent.

D'après Krauss et B. Schmidt, la formation de la caduque est due à une excitation de nature inconnue qui s'étend, lors de la conception, à tous les tissus capables de réaction.

La formation de la caduque par l'utérus, lors d'une grossesse ectopique, est due à l'influence excitatrice de cette grossesse.

Comme tissus capables de réaction, il faut désigner, en dehors de la muqueuse utérine, la muqueuse des trompes, certaines régions du péritoine pelvien, et la couche corticale de l'ovaire.

Nous trouverons, par conséquent, les grossesses extra-utérines dans la trompe, dans l'ovaire, dans l'abdomen.

Löb et Schmorl ont démontré que les excitations qui amènent le développement d'une caduque, peuvent être, avec la présence d'un corps jaune en fonction, des excitations d'origine mécanique ou inflammatoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

(Pour plus amples détails, se reporter aux travaux du Pr Brindeau)

Grossesse ovarienne.

Absolument exceptionnelle : il n'y a peut-être que l'observation de Popoff et Füth qui soit une grossesse ovarienne, certaine, à terme.

La grossesse ovarienne se termine généralement rapidement par hémorragie intra-folliculaire (souvent bénigne).

Le kyste fœtal est absolument mobile, entouré de tissu ovarien, relié au pavillon par le ligament de l'ovaire et relié à la face postérieure de l'utérus par le ligament ovarien. La trompe est saine, libre, non dilatée ; elle conserve toute sa longueur et passe au-dessus de la tumeur. Les villosités fœtales sont de structure habituelle. Il n'y a pas de caduque ;

le sac est constitué par le corps jaune dont la thèque interne est atrophiée par compression.

Des adhérences attachent l'ovaire au ligament large.

Si les grossesses ovariennes extèrnes peuvent parfois se développer secondairement dans le péritoine, il semble que, le plus souvent, il s'agisse d'une grossesse greffée à l'extrémité externe de la trompe ou plutôt dans le ligament large et à la surface de laquelle une portion d'ovaire s'est étalée.

Grossesse interstitielle : 3 % des extra-utérines.

Elles ne vont que très rarement à terme (cas de Bar). Il y en a 3 variétés.

1° Tubo-interstitielle ;

2° Tubo utérine;

3° Intra-murale.

La tumeur se développe, en haut et en dehors, sous forme d'une saillie hémisphérique au point d'insertion de la trompe sur l'utérus. La paroi supérieure s'amincit à l'extrême.

L'utérus forme avec cette tumeur une masse ovoïde, sessile, asymétrique (verticalisation du fond utérin, de Ruge-Simon). Les 2 angles utérins sont dans le même axe vertical. Après le quatrième mois, cette asymétrie tend à disparaître. L'insertion du ligament rond se fait le plus souvent en dehors de la tumeur. Il peut ne pas y avoir de cloison entre l'œuf et la cavité utérine. Il n'y a pas de caduque vraie. Les villosités s'insèrent directement dans le muscle utérin (destruction intense de la paroi utérine).

Le sac se rompt le plus souvent au sommet, dans les trois premiers mois.

Grossesse tubaire.

Elles sont de beaucoup les plus fréquentes.

Rarement, la greffe se fait dans la portion isthmique : mais le plus souvent dans la portion ampullaire.

La trompe distendue, éraillée, adhère aux organes voisins ce qui immobilise le kyste fœtal.

La trompe s'épaissit, mais son épaisseur est moins grande au niveau de l'insertion de l'œuf, et la surdistension peut

amener une dissociation des fibres musculaires : l'œuf se met en rapport direct avec le péritoine (usure de la paroi).

Les tissus, en contact avec les villosités choriales, deviennent tomenteux, très vasculaires, et forment de véritables villosités qui s'emmêlent avec les villosités placentaires naissantes.

La paroi tubaire subit une hypertrophie des fibres musculaires, une infiltration leucocytaire diffuse, et un œdème du tissu conjonctif.

La trompe devient turgescente ; ses vaisseaux augmentent de volume. Les flexuosités de la trompe s'accusent. Elle devient plus lourde et tombe dans le Douglas.

Pendant les premiers mois, l'œuf n'est greffé que sur une partie des parois de la trompe.

La portion libre de l'œuf est séparée de la paroi tubaire par une fente plus ou moins large.

Le pôle adhérent forme la caduque inter-tubo-placentaire, et le pôle libre bombe dans la cavité de la trompe.

La paroi tubaire vis-à-vis est tapissée par une muqueuse continue : c'est la caduque tubaire, à franges aplaties, à épithélium cubique et sans cils.

La caduque réfléchie tapisse le pôle libre de l'œuf d'une membrane très nette, contenant une couche de fibrine avasculaire et peu de cellules (volumineuses, pâles à gros noyaux, ou plus foncées et à protoplasma granuleux) : ce seraient soit des cellules déciduales, soit des cellules fœtales.

La zone d'insertion pariétale, caduque inter-tubo-placentaire, est très discutée ; elle contient une couche variable de fibrine et de volumineuses cellules déciduales. Cette couche manque par place et les villosités rentrent directement dans la couche fibro-musculaire de la trompe, en ulcérant de leurs bourgeons épithéliaux les sinus maternels. Cette zone d'insertion pariétale s'altère aisément et des apoplexies interstitielles entre la paroi ovulaire et la paroi tubaire peuvent causer l'avortement tubaire.

Le chorion végète et pénètre dans la paroi de la trompe. La couche de Langhans et les proliférations plasmodiales s'infiltrent dans la muqueuse et dans le muscle.

Avortement intra-tubaire
(rupture après distension préalable)

L'ectoderme fœtal perfore la paroi des sinus dilatés. Il se fait une hémorragie intra-tubaire qui peut arrêter la grossesse dès les premières semaines (hématosalpinx).

Si cette déchirure vasculaire se fait tôt dans une trompe encore résistante, l'œuf se décolle et meurt (môle sanguine de Taylor) Cet hématosalpinx peut s'accompagner d'avortement tubaire ou de rupture tubaire (d'où hémorragie péritonéale secondaire).

Avortement tubo-abdominal

Dans la majorité des cas, l'œuf décollé peut sortir de la trompe sous l'influence des contractions tubaires, vers l'utérus ou, plus souvent, vers la cavité abdominale.

L'avortement tubo-péritonéal est cause de 5o à 6o % d'hématocèles.

L'avortement tubo-utérin, très rare, se voit dans les grossesses développées tout près de l'ostium uterinum.

Rupture tubaire

Le plus souvent, rupture sans distension.

Très grave.

Se voit de la quatrième à la douzième semaine et est plus précoce dans la grossesse isthmique.

Les villosités, au point d'insertion de l'œuf, détruisent la paroi tubaire, ouvrent un gros vaisseau et le sang se répand dans le ventre.

Dans tous ces cas : avortement intra-tubaire, avortement tubaire, rupture tubaire, il se produit des hémorragies.

La quantité de sang peut être faible, ou se collecter et s'enkyster dans le péritoine (hématocèle pelvienne ; variétés : anté-utérine, rétro-utérine, péri-utérine).

Si la plaie du vaisseau lésé n'est point obstruée par un caillot et si le vaisseau est important, l'hémorragie est cataclysmique, c'est l'*inondation péritonéale.*

Mais, dans cet enkystement de l'hémorragie, l'état antérieur du péritoine joue un rôle.

La rupture peut se faire plus rarement dans le mésosalpinx et le sang envahit le ligament large : hématocèle sous-péritonéale.

La paroi tubaire peut, exceptionnellement, rompre dans la vessie (hématurie) ou dans le rectum (hémorragie intestinale).

Quand la grossesse tubaire atteint la première moitié de son évolution, elle a 95 % de chances (Sittner) de continuer son évolution jusqu'aux environs du terme.

La continuation de la grossesse extra-utérine vers le terme peut se trouver réalisée par divers mécanismes.

Si la grossesse est ampullaire, elle peut devenir secondairement abdominale; le fœtus, avec ou sans rupture de la poche tubaire, pénètre en partie ou en totalité dans la cavité abdominale, le placenta restant en place. Une poche se forme autour du fœtus, formée par une agglutination de mésentère, d'anses intestinales, d'épiploon, cimentée en quelque sorte par des adhérences (fibrine et caillots).

Le fœtus peut rester entouré de sa poche amniotique, ou au contraire, nager à nu dans la cavité abdominale.

La grossesse ectopique peut continuer si l'insertion du placenta est basse, au niveau du bord adhérent de la trompe, et surtout si les parois de la trompe, anormalement hypertrophiée, peuvent suivre l'œuf dans son développement.

Quand le placenta s'insère à la face inférieure de la trompe, il a moins tendance à la perforer surtout si la trompe s'hypertrophie suffisamment.

Mais, le plus souvent, la grossesse extra-utérine atteint le terme quand elle devient *intra-ligamentaire* ou sous-péritonéo-pelvienne.

L'œuf dilacère la paroi inférieure de la trompe, l'hémorragie en cavité restreinte s'arrête ; l'œuf s'il n'est pas rompu et conserve ses attaches placentaires, peut continuer à se développer.

La grossesse devient une véritable tumeur du ligament large, car le placenta pénètre dans le tissu cellulaire. L'œuf distend l'aileron supérieur, puis va continuer à se dévelop-

per en envahissant la base de l'aileron supérieur, puis le tissu cellulaire de la base du ligament large.

Cette grossesse a tendance à se développer en avant. La vessie peut remonter très haut (d'où *danger opératoire*). En effet, la poche (constituée par les fibres musculaires du ligament large et la membrane fibreuse fenêtrée de Renault) suit, dans son évolution, les zones décollables pour s'insinuer, soit en avant, en refoulant la vessie en haut, soit en arrière en décollant le péritoine du Douglas.

Pour la laparotomie, il faut savoir que la poche peut se mettre en rapport intime avec le gros intestin. Le pédicule inférieur, c'est-à-dire l'utérine, peu gênant, est rejeté, soit sur les parties latérales, soit en bas.

Lorsque la tumeur intraligamentaire se développe en dehors de l'uretère, *celui-ci est accolé au bord de l'utérus*. Quand la tumeur intraligamentaire (fibrome) se développe entre l'uretère et l'utérus, l'uretère est rejeté en dehors et en arrière.

Le pédicule supérieur, c'est-à-dire les vaisseaux ovariens volumineux, sont étalés sur le sommet du dôme que constitue la tumeur, et s'écartent les uns des autres en figurant ainsi comme une sorte de patte d'oie.

On peut observer des veines de la dimension du pouce (Pr Brindeau).

Cette tumeur fœtale du ligament large est étroitement accolée à l'utérus qui est entraîné très haut. Aussi le col peut-il être tout à fait à bout de doigt.

L'utérus est fortement dévié du côté opposé à la tumeur qui, en remontant, élève, avec elle, l'utérus de plus en plus Le col peut alors s'allonger de façon extraordinaire (10 cm. Cas du Pr Brindeau).

Grossesse abdominale.

Il y en a 2 variétés : la primitive et la secondaire.

La variété primitive (par greffe de l'œuf fécondé sur le péritoine) est niée par la plupart des auteurs.

La grossesse péritonéale primitive aurait un chorion et un amnios ; des fausses membranes de fibrine remplacent la caduque. Les villosités choriales se fixent sur les vis-

cères et sur la paroi abdominale. Le placenta est diffus. Elle se termine rapidement par une hémorragie interne (Jacquin, Richter).

La variété secondaire est la seule qui permet, parfois, au, fœtus d'aller à terme. Elle peut suivre soit une grossesse ovarienne externe, soit une rupture tubaire sans déchirure de l'œuf (le placenta étant inséré à la partie inférieure de la trompe), soit un avortement tubaire, soit, le plus souvent une grossesse tubo-abdominale.

En effet, dans la grossesse *tubo-abdominale*, au bout d'un certain temps, le pavillon de la trompe ne peut plus suffire à contenir l'œuf, qui va se développer dans la cavité abdominale secondairement. Le placenta reste inséré dans la cavité de la trompe. Le sac s'est formé au dépens du péritoine, des franges du pavillon et de l'ovaire.

Cas exceptionnels.

Une grossesse utérine peut, secondairement, se développer dans l'abdomen après rupture utérine.

Une grossesse ectopique peut se développer dans un pavillon accessoire.

La grossesse abdominale secondaire peut atteindre le terme, mais des adhérences considérables soudent le kyste aux différents viscères (poussées de péritonite chronique).

Le kyste peut se rompre ; mais, si le placenta est intact, la grossesse peut continuer.

Dans la grossesse abdominale, le sac, plus ou moins développé, plus ou moins complet, est formé des membranes de l'œuf et de débris de la trompe.

Souvent la poche est absente et le fœtus adhère plus ou moins aux viscères qui l'entourent directement. On trouve des traces d'hémorragies anciennes.

Le placenta peut être extrêmement difficile à extirper.

Dans les ruptures tubaires, il reste en place, adhèrent au niveau de son point d'insertion primitif ; il garde alors sa forme discoïde, mais il est épaissi et dégénéré. Dans ce cas, on peut l'enlever sans grand danger.

Mais, le plus souvent, le placenta est membraneux, mince, étalé, lamelleux, ressemblant au placenta de vache, volu-

mineux parce que dégénéré ; il dissémine ses insertions sur une très large surface, partout. Les villosités choriales destructrices, détruisent, perforent les tissus dans lesquels elles enfoncent leurs crampons. Ces placentas ressemblent à du mastic blanc grisâtre ; on y retrouve les masses fibrineuses d'hémorragies anciennes.

Les points d'insertion sont très variables : dans la cavité pelvienne, sur le cœcum, dans le Douglas, sur l'utérus (Brindeau), sur le mésentère, sur l'épiploon, sur l'intestin, sur le foie, sur la fosse rénale, sur la paroi postérieure de la cavité abdominale, dans la fosse iliaque.

Lorsque les villosités se fixent sur des régions extrêmement vascularisées, comme le mésentère, ou les vaisseaux iliaques, on peut avoir des hémorragies foudroyantes ; des villosités peuvent se greffer directement sur les veines iliaques, sur la veine cave inférieure.

Certains opérateurs, en essayant de décoller le placenta, ont vu se déchirer la veine cave inférieure, l'artère iliaque ; et la malade mourut sur la table d'opération, en quelques secondes.

Lorsque l'insertion se fait sur le foie, à ce niveau les cellules hépatiques sont complètement nécrosées sur une épaisseur de *un centimètre*.

L'insertion du placenta sur l'intestin détermine une nécrose presque complète de sa tunique musculaire.

En résumé, dans la grossesse ectopique, on a quelquefois un sac complet (grossesse tubaire ou grossesse incluse dans le ligament large). Dans d'autres cas, il n'y a pas de sac et il y a du placenta partout.

Modifications de l'utérus et de la trompe non gravides.

L'utérus augmente de volume (grosseur d'une tête de fœtus) ; il s'hypertrophie, se vascularise, comme dans une grossesse utérine. Il se ramollit parfois tellement, qu'aplati entre la paroi abdominale antérieure et le kyste fœtal postérieur, on ne peut plus le distinguer par la palpation. Cependant quand il se contracte, on le sent changer de consistance.

Le plus souvent, on le trouve en avant, directement derrière la symphyse pubienne ; il peut être dévié latéralement dans une des fosses iliaques, surtout dans la grossesse intra-ligamentaire.

Lorsqu'il se trouve en arrière, il est très difficile à rechercher.

Il se produit une caduque analogue à celle des grossesses utérines, qui peut se décoller et être expulsée extérieurement lors du faux travail. La trompe gravide ne se modifie pas (Webster y aurait vu une réaction déciduale).

Les échanges ne sont pas suffisants car le placenta se greffe sur des organes qui ne sont pas destinés à le nourrir ; le fœtus ne sera donc pas absolument normal ; en fait, ces fœtus sont très petits, même à terme, et maigres, pas vigoureux, peu viables, et présentent de multiples malformations.

Dans certains cas, les enfants se sont développés et sont devenus normaux.

M. Pinard dit : « quelques-uns sont malformés, mais on « peut en sauver un certain nombre qui rachètent bien les « premiers ».

D'ailleurs les malformations se corrigent souvent (Cathala).

Ces fœtus sont malformés parce que comprimés (dans ces grossesses, l'amnios étant peu développé, il y a peu de liquide amniotique et le fœtus se trouve exposé à la compression). Les viscères et les vaisseaux forment des brides qui s'impriment dans le fœtus.

La tête est plus ou moins écrasée, réniforme, piriforme ; le thorax est aplati ; pieds et mains bots.

En conclusion, beaucoup ne sont pas viables.

Statistiques de Baronnet.

56 % sont morts immédiatement après la naissance,

Des survivants, 50 % sont morts avant un an ;

18 % ont vécu de 2 à 5 ans ;

32 % ont dépassé 5 ans.

De sorte que, seulement 14 % de ceux qui sont venus vivants survivent plus de cinq ans.

30 % de ceux qui ont survécu à la naissance, présentent des malformations plus ou moins sérieuses.

La mort du fœtus ectopique.

(Voir appendices de l'anatomie pathologique.)

Elle peut se produire à n'importe quel âge de la grossesse comme le prouve l'échelonnement de nos observations aux différentes époques de la gravidité.

Dans les grossesses très jeunes (rupture, avortement tubaire, hématocèle, hématosalpinx, etc...), on ne retrouve le plus souvent pas le fœtus qui a des tissus très aqueux ; il se dissout et disparaît ; on ne trouve plus que des caillots plus ou moins noirâtres, plus ou moins organisés, du sang liquide, poisseux et pas de fœtus.

Au contraire, à partir du troisième ou du quatrième mois de la grossesse, le fœtus mort ne disparaît pas et se trouve retenu.

Quand la grossesse ectopique atteint le terme, ou se trouve au voisinage du terme, il se produit un *faux travail*. Il y a des contractions utérines douloureuses, vaines, un début de dilatation utérine, des pertes de glaires et de sang, une expulsion de lambeaux de caduque ; le fœtus souffre ; il s'agite convulsivement. Au bout de quelques heures ou de quelques jours, les phénomènes cessent ; le fœtus est mort. Il est retenu mort.

Quelles peuvent être les causes de la souffrance, puis de la mort du fœtus ?

Ce ne peut être le traumatisme dû à la contraction prolongée de la musculature lisse utérine ; il semble plutôt que cela résulte d'un ensemble complexe de facteurs combinés.

Le placenta est de mauvaise qualité, mal nourri ; plus la grossesse avance en âge, plus il devient insuffisant pour le développement du fœtus. Le poids du placenta croît, si l'on peut dire, arithmétiquement tandis que le poids du fœtus croît selon le carré. De sorte que, très rapidement, la disproportion fonctionnelle croît de plus en plus entre le placenta de moins en moins suffisant à la nutrition et à l'oxygénation du fœtus et ce fœtus qui, de plus en plus, voit ses

besoins d'échange s'accroître rapidement dans des proportions considérables.

Il semble que le fœtus attende de sa circulation pulmonaire l'oxygénation indispensable à ses tissus.

En fait, tout se passe comme si le fœtus éprouvait le besoin de changer son mode d'hématose : le besoin de la circulation et de la respiration pulmonaire se font vivement sentir. Le placenta ne suffit plus à l'hématose et si le fœtus n'est pas extrait, il souffre et va bientôt mourir.

La mort du fœtus peut encore se faire par fissuration du sac, décollement du placenta, dont le champ d'hématose, diminué, ne suffit plus à nourrir le fœtus.

Quoi qu'il en soit, le fœtus étant mort, il va se trouver retenu, ne pouvant être expulsé par les voies naturelles.

Fréquence. — La rétention du fœtus mort s'est rencontrée, à la clinique Tarnier, dans neuf (9) pour cent des grossesses ectopiques opérées.

Cette rétention peut parfois durer de longues années (56 ans, Sappey) sans accident. Le plus souvent, il y a des accidents au bout de quelques mois ou de quelques années.

Le fœtus mort s'enkyste ; le liquide amniotique disparaît ; la circulation du kyste se restreint ; les vaisseaux s'affaissent ; la poche se réduit.

Le fœtus subit des altérations diverses.

Il peut être retenu, un an, deux ans, et quand on le retire il présente la couleur et l'aspect d'un *cadavre normal* d'un enfant qui vient de mourir. Cependant ses muscles sont jaunâtres par dégénérescence graisseuse.

Il peut prendre la teinte *cireuse* ; il peut se *ratatiner* ; il peut se *momifier* ou se *macérer* suivant l'âge de la grossesse.

Quand il est retenu longtemps dans la cavité abdominale, il peut se recouvrir de dépôts de chaux par infiltration calcaire et devient ainsi un lithopædion; il semble qu'il soit de pierre (fœtus en plâtre).

Il y a 3 catégories d'infiltration calcaire (Kuchenmeister) :

1° Le *lithokelyphos*, la paroi du sac seule est infiltrée ;

2° Le *lithokelyphopædion*, infiltration du sac et du fœtus; c'est le moins fréquent :

3° Le *lithopædion*, le fœtus totalement calcifié flotte libre-

ment dans la cavité abdominale ; c'est le plus fréquent (Strauss).

Sur 25 cas d'infiltration calcaire, Krauss trouve :

16 lithopædions ;
7 lithokelyphos ;
2 lithokelyphopædions.

Enfin, les parties molles du fœtus peuvent se résorber, c'est la *squelettification*.

Le plus souvent, le kyste fœtal, en contact avec l'intestin, favorise la constipation par compression, d'où colibacillémie ; le colibacille peut *infecter* la poche secondairement. Le fœtus mort se *putréfie* ; il peut se former une *péritonite localisée* par les adhérences inflammatoires périkystiques ; le pus collecté *va s'ouvrir à la peau* ou bien *dans une cavité naturelle* : intestin, vagin, utérus, vessie.

La guérison par élimination du fœtus (fragments osseux, pus, débris sphacélés) peut s'en suivre par cette fistule.

Mais, le plus souvent, la malade succombe à l'infection (35 %).

Pourcentage de mortalité maternelle.

D'ailleurs, la putréfaction du fœtus, au lieu de causer une péritonite localisée, peut déterminer une *péritonite généralisée*, rapidement *mortelle*.

Enfin, la présence du fœtus, sans causer d'accidents septiques, peut amener de l'obstruction ou de l'occlusion intestinale.

Momification du fœtus.

Se produit, en général, chez les fœtus de 3 à 5 mois.

Les tissus fœtaux se racornissent comme un fruit conservé dans l'alcool.

Les parties molles se déshydratent ; le fœtus semble avoir maigri.

Le liquide amniotique épaissi recouvre le fœtus d'un enduit crémeux.

Macération du fœtus

Quand le fœtus meurt du cinquième mois au terme, il se produit une imbibition générale de tous les tissus.

Le troisième ou le quatrième jour, des vésicules remplies de sérosité rougeâtre décollent l'épiderme qui se déchire très rapidement.

Vers le huitième jour, l'épiderme détaché laissé à nu le derme ; les tissus s'infiltrent, *les os du crâne chevauchent.*

Au bout d'un mois, le fœtus complètement ramolli, perd toute consistance et s'aplatit comme une masse gélatineuse.

Le placenta subit une nécrose de coagulation.

Un certain nombre d'auteurs ont prétendu que le placenta pouvait, après la mort du fœtus, continuer à se développer par une sorte de parasitisme.

Le liquide amniotique est coloré en rose plus ou moins foncé par l'hémoglobine des vésicules épidermiques foncées.

Pendant un certain temps (plus de 5 semaines), la circulation des villosités placentaires persiste.

Le tissu conjonctif du placenta devient rétracté et fibreux; il subit la dégénérescence hyaline. Les vaisseaux villeux se rétractent, l'adventice se fronce, il se produit une thrombose des vaisseaux.

PATHOGÉNIE

Pétrification du fœtus

Plusieurs théories se trouvent en présence :

1° *Théorie de la pétrification* (*Sappey*). — La substance constitutive du fœtus mort serait peu à peu remplacée par une substance calcaire, tout en conservant, dans l'ensemble, la forme primitive du fœtus.

2° Certains fœtus, imbibés d'alcool, se sont desséchés à l'air libre, une fois extraits, puis se sont pétrifiés ultérieurement.

On a pu, d'autre part, comparer par analogie la calcification des fœtus extra-utérins avec la calcification des tumeurs

fibromyomateuses, par sédimentation progressive de sels calcaires dans des tissus dégénérés et mal nourris par trouble d'origine circulatoire.

Le terme de « lithopædion » n'est pas approprié pour désigner la grosse majorité des ectopions.

Le véritable lithopaedion est très rare.

3° *Théorie du dessèchement progressif* (*Morand*). — Il y aurait déshydratation des tissus qui ne sont point baignés dans l'atmosphère. Ce qui nous semble difficile à interpréter puisque, au contraire, à l'abri de l'air il ne peut y avoir, dans un milieu organique fermé, ni évaporation, ni transsudation, ni perspiration, mais, tout au plus, des phénomènes complexes d'osmose (endosmose et exosmose diversement combinées) à travers des membranes les unes vivantes, les autres mortes.

4° *Théorie de l'absence de germes*. — La conservation du fœtus et sa momification s'expliquent parce qu'il est à l'abri des micro-organismes aériens. Il n'est cependant pas à l'abri des germes véhiculés par la circulation sanguine maternelle qui ne parvient plus que très rarement jusqu'au fœtus mort.

Le fœtus, tant qu'il est aseptique, se comporte dans l'organisme maternel comme un corps étranger plus ou moins inerte.

On a d'ailleurs, cité des cas de corps métalliques ayant séjourné longtemps dans l'organisme et qui ont montré, lors de leur extraction, une épaisse carapace de calcaire déposée à leur surface.

De plus, il y a certainement, lors de la grossesse, un trouble du métabolisme du calcium et une exagération de la mobilisation des sels calcaires, dans le but de servir au fœtus (Metzger) (1). Peut-être, cela exerce-t-il une certaine influence dans la formation du lithopaedion, car ce trouble du métabolisme ne doit pas disparaître immédiatement après la mort du fœtus. En tout cas, la femme qui n'allaite pas, n'élimine pas par son lait le calcaire qu'elle mobilise.

1. Témoin, la dégénérescence calcaire du placenta maternel (du vivant du fœtus) qui serait peut-être bien, non pas une dégénérescence du placenta, mais une réserve de sels de chaux incomplètement absorbée par le fœtus (Jeannin).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU LITHOPAEDION

Macroscopiquement, le fœtus, généralement, se présente inclus dans une poche (cette poche est parfois absente ou incomplète). Elle est d'une épaisseur variable et inégale aux différents points de sa surface, allant de 1/2 millimètre à quelques centimètres.

Elle ne contient, d'ordinaire, que fort peu de liquide. Elle est constituée, suivant les cas, par du tissu conjonctif plus ou moins condensé, plus ou moins membraneux, par des fibres musculaires lisses, tapissées à l'intérieur d'une sorte d'endothélium discontinu et la plupart du temps recouvertes à l'extérieur de péritoine.

Elle peut s'infiltrer de sels calcaires ; les rapports de cette poche avec l'organisme maternel dépendent de la durée de la rétention fœtale.

En effet, la réaction péritonéale périkystique détermine la formation d'adhérences d'intensité et de topographie variables.

La paroi interne du sac contracte des adhérences intimes avec le cordon ombilical et les parties fœtales.

Microscopiquement, les organes ont conservé leur forme. La structure tissulaire est partout normale. Inés Gache-Sarraute a trouvé intacts tous les tissus (nerfs, muscles, tendons, cartilages, tissu conjonctif varié, tissu osseux) et leur organisation d'ensemble.

Mais la structure intracellulaire est bouleversée. Les cellules sont déshydratées, rétractées et les noyaux ne prennent plus le colorant.

C'est une nécrose aseptique sans putréfaction. Il y a des sels de chaux et des cristaux de graisse déposée dans toutes les cavités et infiltrés dans les tissus.

Les cellules sanguines et hépatiques sont détruites et remplacées par des granulations de pigments qui en dérivent respectivement (hématoïdine et bilirubine), et des graisses.

Infection du kyste fœtal.

Elle est très fréquente ; il faut toujours la craindre, même quand on se trouve en présence d'une rétention de fœtus ectopique prolongée n'ayant jamais donné aucun accident.

Les micro-organismes habituels du tube digestif gagnent le kyste fœtal voisin et infectent son contenu.

Ce kyste ne contenant que des tissus morts, incapables de défense, cette infection s'étend très vite à tout le kyste ; il se produit de la putréfaction car les anaérobies envahissent la cavité amniotique et s'y développent aisément.

Le fœtus devient d'une pâleur livide, se marbre de taches bleu-verdâtres. Les anaérobies produisent des gaz dans son tissu cellulaire. Le fœtus enfle démesurément ; cet emphysème peut être localisé ou généralisé à tout le cadavre. L'abdomen, énorme, ressemble à un ballon.

Le liquide amniotique est extrêmement fétide, et irritant : le placenta et les membranes se putréfient.

Si l'*infection* est *localisée* au kyste, on a des signes de *suppuration viscérale* et, si l'on n'intervient pas, la femme meurt de *septicémie aiguë* ou *chronique*.

Si, au contraire, les microbes gagnent le péritoine par les lymphatiques péritonéaux, il se produit une *péritonite généralisée* rapidement *mortelle*.

Beaucoup plus rarement l'*inflammation chronique* du kyste peut créer des *adhérences* entre ses parois et les organes voisins.

Et quand la suppuration s'établit, le pus et le contenu fœtal du kyste peuvent se vider par l'intermédiaire d'une *fistule* faisant communiquer le kyste avec un viscère accolé.

Le fœtus s'élimine plus ou moins vite et il en résulte parfois des *fistules interminables*.

Pour Parry, l'ouverture se fait le plus souvent dans l'intestin ; puis, par ordre de fréquence, au niveau de la paroi abdominale.

L'élimination par la vessie et le vagin est beaucoup plus rare. On a signalé des cas d'ouverture dans l'utérus (Pozzi).

Les cas d'ouverture dans la vessie ont été assez fréquents.

On a cité des cas d'ouverture du kyste fœtal suppuré, à la fesse, au périnée, à l'ombilic, etc...

APPENDICE

I. — Sur 27 extra-utérines de plus de 2 mois, reçues dans des maternités (Tarnier et la Pitié) ;

1.....	2 mois	soit 3,7 %
3.....	2 mois 1/2	soit 11,1 %
4.....	3 mois	soit 14,8 %
2.....	4 mois	soit 7,5 %
2.....	4 mois 1/2	soit 7,4 %
Soit : *avant 5 mois 44,4 %.*		
2.....	5 mois	soit 7,4 %
3.....	6 mois	soit 11,1 %
3.....	7 mois	soit 11,1 %
1.....	8 mois	soit 3,7 %
6.....	près du terme ou à terme	soit 22,3 %
27		

Soit : *après 5 mois 55,6 %.*

Soit : 20 rétentions de fœtus morts (dont 1 momifié, 1 putréfié et 7 macérés) sur 27 extra-utérines (de plus de 5 semaines au terme), soit 74,1 %.

Age auquel succombe le fœtus.

II. — Sur 58 observations (R. Palliez) :

Dans cinq (5) cas, il a succombé à cinq (5) mois. Soit..... 8,6 %

Dans onze (11) cas, il a succombé à six (6) mois. Soit..... 19 %

Dans vingt (20) cas, il a succombé à sept (7) mois, Soit ..... 34,4 %

Dans vingt-deux (22) cas, il a succombé à huit (8) mois. Soit..... 38 %

SYMPTOMATOLOGIE DE LA RÉTENTION DU FŒTUS MORT

Aspect général. Interrogatoire

Il s'agit, le plus souvent, d'une femme d'une trentaine d'années, qui est restée, pendant une période assez longue, sans concevoir.

Deux cas peuvent se présenter selon que la femme se sait enceinte (en général, grossesse ayant dépassé le cinquième mois) ou selon que la femme ne sait pas. au juste, si elle est enceinte ou, au contraire, atteinte d'une affection génitale.

Avant le cinquième mois, la femme consulte parce qu'elle a eu des troubles abdominaux, avec parfois atteinte de son état général ; troubles qu'elle peut d'ailleurs attribuer à son appareil génital, devant l'anomalie de sa menstruation.

Si elle se sait enceinte, elle vient parce qu'elle a presque toujours eu une grossesse difficile, compliquée, douloureuse.

Il faut interroger avec grand soin cette femme.

L'anomalie des règles est un point capital. Cette femme, habituellement bien réglée, a vu ses règles supprimées, puis réapparaître sous forme d'écoulements rouges brunâtres durant deux à trois jours et disparaissant pour réapparaître au bout d'un laps de temps variable. Les règles ont pu même disparaître complètement pendant deux à trois mois ; en tout cas, le point important est l'anomalie des règles dans leur fréquence, dans leur quantité, dans leur durée, dans leur continuité, dans la qualité du sang perdu.

Il y a eu parfois, en effet, expulsion, dit la malade, de « sortes de peaux, de lambeaux de chair ».

Puis tout rentrait dans l'ordre et ces phénomènes se reproduisaient à des périodes variables. Le sang émis pouvait être « marc de café », peu abondant, expulsé par inter-

mittence, quelquefois même à l'époque des règles ; ce qui fait penser à la femme qu'elle n'est pas enceinte.

Enfin la femme peut perdre continuellement du sang rouge qui s'écoule goutte à goutte (hémorragie distillante de Pozzi).

Le plus souvent, cependant, la femme a constaté l'apparition de signes de la grossesse (augmentation de volume des seins, vomitus matutinus, ligne brune sur le ventre, mouvements fœtaux précoces, etc., etc...) et elle a fait venir son médecin qui croit à une fausse couche.

Quoi qu'il en soit, il est rare que la malade n'ait pas ressenti, coïncidant avec ces pertes sanguines, ou avec cette anomalie des règles et l'apparition de signes subjectifs de la grossesse, des douleurs, surtout abdominales, plus ou moins violentes, accompagnées de *tendance à la syncope*.

Ces douleurs siégeaient surtout dans la partie inférieure de l'abdomen, et prédominaient d'un côté. Ce peut être des contractions douloureuses qui confirment au médecin le diagnostic probable de fausse-couche.

Mais, ces douleurs s'arrêtent et la grossesse continue.

Ces douleurs, qui siègent dans le bassin et dans le bas-ventre, s'irradient dans les lombes, dans les reins, dans l'aîne, dans le haut des cuisses, dans la jambe ; leur siège peut cependant être élevé, à l'épigastre, *à l'épaule* du même côté (symptôme phrénique) ; elles sont spontanées, très vives, rien ne les calme ; aussi marquées la nuit que le jour. Elles peuvent être continues ou, au contraire, apparaître par crises analogues aux coliques appendiculaires ou salpingiennes.

La femme éprouve une sensation de picotement, de brûlure, de « rongement ».

Ces douleurs sont prises parfois pour de simples coliques, habituelles à l'époque des règles ; pour des coliques intestinales.

Le médecin consulté à cette époque, porte les diagnostics les plus variés : colique néphrétique, appendicite, colique hépatique, salpingite, etc.

Ces diagnostics semblent d'autant plus probables que la réaction péritonéale périkystique détermine des phénomènes de compression des organes voisins. Compression du

rectum : constipation ; compression de la vessie : dysurie. On a même vu assez souvent des crises diarrhéiques.

Ces douleurs et ces pertes sanguines avec tendance syncopale, correspondent en réalité à une petite hémorragie intra-tubaire, décollant partiellement le placenta ou à une rupture tubaire progressive ; la grossesse péritonéale secondaire est dès lors constituée.

L'interrogatoire apprend encore que la grossesse semble n'avoir plus évolué depuis quelques mois, que les symptômes subjectifs ont régressé : le fœtus est mort et retenu. Quelquefois même, la femme après un certain temps a vu réapparaître normalement ses règles, et c'est cette histoire compliquée, invraisemblable où la grossesse finit par sembler douteuse qu'elle est venue exposer au médecin.

Dans d'autres cas, au contraire, ceux où la femme se sait enceinte, la grossesse a pu aller à terme, souvent accompagnée d'ailleurs d'un cortège de symptômes anormaux parmi lesquels les douleurs et les pertes ont continué à tenir le premier plan. On a cependant vu des grossesses ectopiques se développer absolument normales, ce qui constitue une forme clinique de la grossesse ectopique, extrêmement difficile à diagnostiquer.

Cette femme connaît sa grossesse ; elle a perçu les mouvements actifs du fœtus.

Elle a eu de nombreuses crises douloureuses dans le ventre, des crises d'entérite, dit-elle, car elle avait des périodes de constipation opiniâtre terminées par des débâcles fétides et des vomissements bilieux.

Elle a continué à perdre durant toute sa grossesse.

Puis, arrivée à terme, elle a eu des douleurs violentes rythmées, répétées ; elle a expulsé des débris de membranes, mais *pas de liquide amniotique*. Ces douleurs ont duré quelques heures ou quelques jours ; le fœtus a eu des mouvements convulsifs, puis tout est rentré dans l'ordre ; la femme, au contraire, se sent mieux qu'elle ne s'est jamais sentie depuis le début de sa grossesse.

Elle vient consulter parce qu'elle est à terme depuis un mois ou deux et qu'elle ne comprend pas la prolongation de cette grossesse.

Cette prolongation anormale de la rétention d'un fœtus à

terme fait penser au diagnostic de grossesse ectopique avec rétention du fœtus mort.

D'ailleurs, si on interroge la femme, on apprend que les phénomènes de la grossese ont subi une régression.

L'abdomen diminue de volume ; la femme ne sent plus remuer; les seins augmentent de volume dans les deux ou trois jours qui suivent; il s'écoule par le mamelon une quantité notable de liquide jaunâtre mal lié (Colostrum).

Deux mois après la mort du fœtus, les règles se sont rétablies normalement.

Les varices s'affaissent; l'albumine, s'il en existait dans las urines disparaît.

Les troubles sympathiques de la grossesse s'atténuent tout à coup et disparaissent : nausées, vomissements, ptyalisme, tout s'évanouit.

La femme éprouve la sensation d'un corps inerte qui ballotte brutalenent dans son ventre.

Il faut bien se garder,cependant, de croire à une rétention de fœtus mort alors qu'il n'en est rien.

Les cas de diagnostic de rétention fœtale de longue durée sont très difficiles à diagnostiquer, surtout chez une femme qui a ignoré sa grossesse.

Il faut interroger minutieusement toute femme qui a eu des métrorragies fréquentes, prolongées, douloureuses.

Les renseignements fournis par l'interrogatoire se compliquent du fait que,lors de l'examen, la femme peut à nouveau être enceinte d'une grossesse utérine normale. On a, en effet, vu des femmes avoir jusqu'à trois et quatre enfants vivants tout en conservant un lithopœdion dans l'abdomen.

N. B. — Dans les commémoratifs on a signalé l'ictère de la grossesse ectopique, l'anurie lors de rupture tubaire et le besoin impérieux que la femme éprouve d'uriner lors de la rupture tubaire.

Enfin, Aldenhofer a déterminé qu'il y avait toujours de l'acétone dans l'urine lorsqu'il y avait du sang libre épanché dans la cavité péritonéale.

Examen physique.

Il doit être extrêmement variable selon l'âge auquel la grossesse est interrompue.

Dans la grossesse jeune, âgée de moins de cinq mois, la palpation et le toucher vaginal combinés donnent les résultats suivants :

Pendant les premiers mois on sent une tumeur située à droite ou à gauche de la ligne médiane, bien latérale, irrégulière,peu mobile, à peine douloureuse à la pression,molle, tendant à envahir et à effacer le cul-de-sac latéral où elle est perceptible se prolabant dans le Douglas.

Elle est rénittente ; d'un volume variable suivant l'âge de la grossesse, donnant la sensation d'une volumineuse salpingite ; elle est, soit étroitement collée contre l'utérus, soit à distance de lui.

Dans une grossesse âgée de plus de quatre mois,il y a augmentation de volume de l'abdomen; le kyste fœtal est très superficiel; il parait être sous la peau de l'abdomen et n'est pas contractile comme l'utérus (l'enfant semble être à fleur de peau). On sent les différentes partie du fœtus avec une grande netteté. On ne détermine que difficilement du ballotement du kyste fœtal.

Plus rarement, ce kyste siège en avant au-dessus de l'utérus derrière la vessie et derrière le pubis (diagnostic extrêmement difficile).

Le ventre peut être légèrement douloureux à la pression et on a exceptionnellement vu de la défense musculaire.

L'utérus plus petit que le kyste fœtal, mais cependant augmenté de volume, est légèrement ramolli (consistance de figue mûre) mais moins qu'un utérus gravide. Il est le plus souvent,refoulé en avant et latéralement. Quelquefois l'utérus n'est pas modifié dans sa situation ou dans son attitude, il est simplement hypertrophié et très souvent aplati d'avant en arrière, il est contractile et, si l'on attend suffisamment, on le sent se contracter sous la main à côté du kyste fœtal qui ne se contracte pas.

Le vagin et le col ont une teinte livide. Le col, peu ramolli est parfois reporté très haut derrière la symphyse pubienne.

On peut avoir une vascularisation importante du cul-de-sac latéral correspondant à la lésion.

A la palpation de l'abdomen on ne sent point de mouvement actif du fœtus.

A l'auscultation, on n'entend point les bruits du cœur du fœtus.

En général, la malade n'a pas de fièvre et ne saigne pas,

Lorsque le fœtus est mort aux environs du terme, on connaît sans aucune doute, l'existence de la grossesse, mais il existe un certain nombre de signes qui ne se voient pas dans une grossesse utérine normale.

A l'inspection, on constate une tumeur d'aspect irrégulier, relativement mobile, étalée, n'ayant pas absolument la forme régulière de l'utérus gravide.

En effet, en général, l'utérus gravide est un ovoide à grand axe vertical. Le kyste ectopique, au contraire, de forme mal limitée, est plutôt transversal.

Dans certains cas, on voit une seconde tumeur plus petite : c'est l'utérus hypertrophié.

A la palpation on sent que la tumeur immobile est collée à la paroi, alors qu'un utérus gravide peut se mobiliser transversalement. Le contour n'est point net comme celui d'un utérus ; la paroi du kyste fœtal est assez résistante, mais elle ne se modifie pas pendant l'examen car la poche ne se contracte point sous la main, comme un utérus gravide que l'on palpe.

Cependant, on a vu des contractions se produire exceptionnellement dans des grossesses extra-utérines à paroi musculaire (Vaudescal).

A travers la paroi, le fœtus très superficiel semble sous la peau ; on sent les parties fœtales et l'on pourrait même reconnaître la présentation et la position du fœtus. Toutefois, la palpation peut être rendue difficile par d'épaisses adhérences qui masquent le fœtus.

Dans les rétentions prolongées du fœtus mort, le diagnostic sera difficile, car l'utérus subit une régression et l'on aura plus difficilement la sensation de deux tumeurs distinctes. Le corps du fœtus peut former une masse molle, floue, vague, impalpable. La tête donne à la palpation la crépitation de Négri.

A côté ou en avant de la poche gravide, on sent une seconde tumeur, plus petite, plus régulière, plus ferme, qui se contracte sous la main : c'est l'utérus hypertrophié.

Le toucher est plus important que le palper.

Presque toujours, le col est dévié et, s'il y a peu de temps que s'est produit le faux travail (mort du fœtus), son orifice externe est béant, mais son orifice interne est fermé, quoique ramolli; il l'est moins que dans la grossesse utérine normale.

Comme le corps est le plus souvent reporté en avant, le col lui même est en avant, plaqué derrière la symphyse et et, pour ainsi dire, à bout de doigt.

Le toucher vaginal combiné au palper permet le plus souvent de délimiter deux tumeurs : l'utérus d'une part, et le kyste fœtal, d'autre part. On trouve, à côté de la masse prise pour un utérus gravide, une autre masse plus petite qui est l'utérus vide ; il semble faire corps avec le kyste fœtal ; il est gros comme le poing ou comme une tête de fœtus ; de consistance mollasse et, si on insiste, il se contracte.

Le kyste fœtal plonge généralement dans l'excavation.

Dans certains cas rares, le kyste fœtal ne se développe pas derrière l'utérus, mais en avant.

Aussi, on comprend que les rapports des deux tumeurs en soient modifiés.

Si la poche fœtale est mince, on peut sentir à travers elle les sutures et les fontanelles ; mais si elle est épaisse et, surtout, si le placenta s'insère à son extrémité intérieure, on n'aura plus qu'une sensation rappelant celle qu'on obtient quand on palpe un fibrome pelvien ramolli.

Le toucher rectal indiquera les rapports de la tumeur avec la paroi postérieure de l'excavation.

Le cathétérisme de la vessie montrera le siège de cette dernière.

On ne perçoit pas de mouvements actifs du fœtus et, à l'auscultation, on ne trouve plus les bruits du cœur.

Les phénomènes sympatiques de la grossesse régressent. Si l'on a assisté au faux travail, on a pu voir que l'orifice externe du col s'était entr'ouvert quoique l'orifice interne restât fermé. La femme avait expulsé des débris de caduque dont les lambeaux, examinés au microscope, ne présentent

pas de caractères anatomo-pathologiques suffisamment spécifiques pour diagnostiquer une grossesse extra-utérine. La femme, lors de son faux travail, n'avait d'ailleurs pas expulsé de liquide amniotique comme pendant le travail d'une grossesse utérine normale.

Examen radiologique.

La radiographie rend des services dans les grossesses ectopiques ayant dépassé cinq mois.

Le cliché obtenu montre plus ou moins nettement la présence du squelette fœtal.

Le fœtus est haut situé, mal accommodé, souvent ratatiné sur lui-même (Pr Brindeau).

Voir à ce sujet les observations de :

Sastrzsbsky (1912), Georges Lee (1925), Violet (1926).

Voici l'exposé des recherches faites sur les radiologies du fœtus qui peuvent se rapporter à notre sujet.

Nous tenons, à cette occasion, à remercier vivement M. le Dr Paul Michelon qui a bien voulu nous faire tenir sa thèse sur l'*Etude pratique du radiodiagnostic fœtal* (Lyon, Bosc et Riou, 1927).

En 1917, Hess radiographie *in vitro* des fœtus d'âge déterminé et il indique :

Le squelette fœtal ébauche son ossification à *trois semaines*. Le premier centre d'ossification claviculaire n'apparaît qu'à la *septième semaine*, suivi de près par les centres de chaque moitié du maxillaire inférieur.

A la huitième semaine, les centres suivants apparaissent :

Ecaille occipitale ;
Maxillaire inférieur ;
Omoplate ;
Humérus ;
Fémur ;
Côtes.

A la neuvième semaine, apparaissent :

Le centre des mains ;
Le centre des pieds ;

Le centre de la tête ;
Le centre de la colonne vertébrale ;
Le centre du pelvis.

A cette époque, l'ossification du squelette est ébauchée dans toutes ses parties.

Dès la fin du deuxième mois, le diagnostic est théoriquement possible, mais ne se fait pas en réalité.

En somme, à l'examen radiologique d'une grossesse, voici ce qui apparaît, par ordre de fréquence, suivant l'âge du fœtus :

1° L'ombre du chapelet vertébral sous la forme d'un collier de perles ;

2° Les points d'ossification de la tête et en particulier de l'occipital ;

3° L'ébauche du gril costal ;

4° Très rarement une image d'os long.

A *quatre mois*, il y a déjà des renseignements donnés par la radio ; l'adiposité des parois seule pourrait gêner l'examen radiographique, car les autres causes d'examen négatif (comme l'hydramnios et la paroi utérine) n'interviennent point ici. En effet dans la G. E. U. il n'y a pas ou peu de liquide ; il nous semble donc que le fœtus y doit être vu plus nettement que dans l'utérus.

D'ailleurs, le fœtus se trouve plus superficiel, presque contre la paroi, et on peut donc placer la plaque contre le fœtus, ce qui diminue la diffusion des rayons et rend l'image plus nette.

Diagnostic de la mort du fœtus par les rayons X.

(O. Bakes Spalding.)

Cet auteur a décrit un signe pathognomonique : à la mort du fœtus, il y a chevauchement des os du crâne (crépitation osseuse), la substance cérébrale s'affaissant et laissant un tel vide que la voûte cranienne n'est plus soutenue (disproportion entre le contenant et le contenu).

Une cause d'erreur serait le chevauchement par compression des os du crâne, ou par exagération de la contraction utérine.

Il est fort difficile de se rendre compte s'il y a ou non rétraction du contenu céphalique.

En tout cas, les os décalcifiés sont plus perméables aux rayons, et la radiographie peut donner des ombres floues parfois presque invisibles.

Diagnostic des gestations ectopiques.

[(Imbert (1898), Hirschberg (1922), Knaff (1922)].

D'après Edling, on ferait le diagnostic de grossesse ectopique parce que le fœtus ne serait pas centré sur l'axe pelvien, et symétrique par rapport à lui.

Dans le cas de fœtus pétrifié ou lithopédion, les sels calcaires le rendent visible très longtemps.

D'ailleurs, la calcification du fœtus ou ses malformations peuvent être un bon signe pour le diagnostic des grossesses extra-utérines.

On a vu des cas où, à la radio, on ne voyait aucun fœtus mais une ombre para-utérine correspondant au sac fœtal ectopique.

Il nous semble qu'il y aurait intérêt à essayer une méthode de diagnostic de localisation du fœtusmort.

Pour cela, lorsque, cliniquement, *on est absolument certain de la mort du fœtus*, on peut pratiquer *une injection de lipiodol dans la cavité utérine :* en cas de rétention du fœtus mort dans la cavité utérine, on trouverait une ombre lipiodolée rendant plus nets les contours du fœtus, et étroitement juxtaposable à lui.

Dans le cas de rétention de fœtus mort dans une grossesse extra-utérine, on aurait une cavité utérine normale ou peu approfondie, en dehors de laquelle on verrait l'image radioscopique du fœtus.

Mais on ne peut tenter cette épreuve que lorsqu'il y a certitude absolue sur la mort du fœtus.

D'ailleurs, le seul fait, dans une rétention de fœtus mort, de voir une cavité utérine normale, décelable à la radio par l'opacité d'une injection préalable de lipiodol, prouverait l'existence d'une rétention de fœtus mort extra-utérin.

Comme suite à notre examen radiologique de la rétention du fœtus mort, nous avons cru intéressant de rapporter ici un examen radiologique récent pratiqué par M. Claude Béclère chez une femme *très grasse*, ayant une rétention de fœtus mort probable.

Voici le résumé de l'observation clinique de cette malade :

Mme D. M...; 28 ans, sans profession, III-pare.

Dernières règles du 14 juillet au 16 juillet 1927.

Elle a une hémorragie en septembre, son médecin craint une fausse-couche, mais il ne trouve aucune trace de délivre dans les pertes. Au mois d'octobre, croyant qu'elle avait simplement un retard de règles, elle prend, sur le conseil de son médecin, des cachets. Sur ces entrefaites, elle a une hémorragie abondante ; depuis elle n'a pas fait de fausse-couche, n'a plus eu de pertes, n'a pas revu ses règles.

Quelques temps après, Mme D. M. voit une sage-femme qui lui dit qu'elle est enceinte de trois mois (mais un mois plus tard l'utérus n'aurait pas augmenté de volume). La malade déclare que son ventre n'est pas plus gros qu'avant qu'elle ne soit devenue enceinte, elle n'a jamais senti remuer. Dans les trois premiers mois, elle a eu des vomissements qui se sont arrêtés par la suite, la malade n'a pas de montée laiteuse : elle souffre depuis deux mois environ de douleurs dans les seins et dans le bas ventre.

Son médecin l'envoie à Tarnier le 26 janvier 1928 en indiquant qu'elle présente un utérus dont la grandeur ne correspond point à l'âge de la grossesse : « il est beaucoup plus petit ».

A l'examen : La malade n'a pas de température : θ entre 37°2, et 37°8. La palpation est rendue particulièrement difficile, par un pannicule adipeux considérable, il semble cependant que l'utérus n'atteint point l'ombilic. Le palper est rendu beaucoup plus facile, grâce à un aide relevant de ses mains mises en sangle de *Glénard*, la graisse de la paroi.

Au toucher vaginal, on perçoit très haut un col fermé, facilement mobilisable, de consistance plus ferme que celle d'un utérus gravide. Les culs-de-sac du vagin sont souples et libres. Le toucher, combiné au palper permet de percevoir une masse utérine de la grosseur d'un utérus gravide de trois mois. On transmet facilement le ballotement à la masse utérine. Cet utérus est rigoureusement médian et légèrement anté fléchi.

Le professeur Brindeau diagnostique le 27 janvier 1928, très probablement rétention de fœtus mort.

Nous avons demandé à M. Claude Béclère, interne des hôpitaux, de bien vouloir examiner radiologiquement cette

malade, avec son instrumentation et sa technique habituelles. Nous le remercions cordialement, ici, du compte rendu détaillé de l'examen auquel il a procédé.

Examen radiologique d'une rétention fœtale probable, par injection intra-utérine de lipiodol, sous pression et contrôlée (Mr Claude Béclère) :

Le 9 février 1928, la malade hospitalisée dans le service du Pr Gosset est examinée au laboratoire de radiologie du Dr Ledoux-Lebard.

Le matin de l'examen, on a rasé les grandes lèvres et donné à la malade une grande injection vaginale iodée. La température rectale est normale : on peut l'examiner. On fait étendre la malade directement sur la table radiologique. Grâce à des étriers placés sur le bord de la table, on peut l'installer en position gynécologique.

On met en place un spéculum bivalve de Collin et on nettoie le col utérin à l'alcool. On saisit alors la commissure droite du col avec une pince tire-balle à une seule paire de griffes.

La direction et le calibre du canal cervical sont vérifiés à l'hystéromètre : longueur de la cavité utérine : 12 centimètres (douze). On essaie alors une sonde de gomme à embout olivaire spécial pour injection intra-utérine. On choisit après essai le calibre 22 qui entre à frottement dur et dont le bout olivaire franchit juste l'isthme. On remplit cette sonde de lipiodol lourd et on la met en place. L'isthme laisse passer l'olive terminale et se resserre sur sa base postérieure : la sonde tient bien en place. Une seconde pince est placée sur la commissure gauche du col, symétriquement à la première. La sonde est ainsi encadrée par les deux pinces.

On solidarise alors la sonde et les deux pinces par deux nœuds de compresses, pour immobiliser complètement la sonde.

Une compresse est glissée dans le vagin sous l'ensemble sonde et pinces ; et on retire les deux valves du spéculum.

On fait alors tourner la malade sur son siège pour l'étendre sur la table radiologique et on retire les étriers.

L'obscurité est faite : quelques minutes d'attente dans le noir permettent à la rétine de s'adapter et on commence l'injection intra-utérine opaque, sous le contrôle radioscopique.

L'hystéromanomètre et sa seringue remplie de lipiodol sont montés sur la sonde par l'intermédiaire de leur embout conique. On commence à pousser l'injection et on surveille les repères lumineux du manomètre de façon à rester certainement au-dessous de la pression maxima de 30 (trente) centimètres de

mercure (car M. Claude Béclère a démontré par des expériences, sur des pièces anatomiques, que en dépassant cette pression de 30 (trente) centimètres de mercure, on faisait passer du lipiodol à travers la muqueuse utérine et il pouvait y avoir des embolies. Sur 130 cas d'injections intra-utérines de lipiodol, M. Claude Béclère n'a eu aucun accident).

Un coup d'œil sur l'écran radioscopique permet de suivre la progression de cette injection : le col utérin est long. Le liquide issu de la sonde, au niveau de l'isthme, commence à remplir la cavité utérine qui semble vaste et irrégulière. Le remplissage se fait lentement progressivement sous contrôle permanent de la pression et le contrôle radioscopique, intermittent (pour ne pas irradier trop longtemps la malade), permet d'en suivre les aspects successifs.

Le liquide opaque ne remplit que la moitié droite de l'utérus, le bord droit de l'ombre cavitaire est convexe, net, et parfaitement régulier. Au contraire, le bord gauche de l'ombre ne dépasse pas la ligne médiane et semble irrégulier et inégal, de même le fond semble mal rempli.

Donc, comme la tumeur utérine est bien médiane à la palpation, il semble qu'une néoformation intra-utérine de la moitié gauche et du fonds empêche le remplissage par le liquide opaque à ce niveau.

On continue lentement l'injection, l'image obtenue ne se modifie pas. La pression monte à trente (30) centimètres.

L'obturation du col est bonne, il n'y a pas de reflux vaginal, on n'observe pas de passage péritonéal transtubaire du liquide opaque. L'injection est terminée.

Au cours même du contrôle radioscopique de l'injection on a fixé un premier aspect par une radiographie prise avec film sur l'abdomen et ampoule sous la table.

Une fois le remplissage jugé complet, on soulève la malade et on place, sous son siège, un diaphragme anti-diffusant Potter-Bucky en boîte plate. On prend alors de face avec ampoule au-dessus de la table deux radiographies stéréoscopiques avec décalage du Focus de 3 centimètres de part et d'autre de la ligne médiane. Ceci fait, on place la malade en décubitus latéral gauche et on prend une radiographie simple de profil.

Un malencontreux court-circuit de l'appareil interrompt cette manœuvre. L'examen est terminé, on retire la sonde et les pinces et la malade regagne son lit où elle restera étendue une heure ou deux.

N. B. — La caractéristique technique de cet examen, pratiqué par M. Claude Béclère, est l'injection lipiodolée intra-utérine, *avec col fermé, et pression constante et contrôlée au manomètre.*

Examen radiologique d'un fœtus comprimé (6 mois).

Le service radiologique de la Pitié a bien voulu pratiquer une radiographie d'un fœtus comprimé, ratatiné et aplati d'environ six (6) mois d'âge provenant du service du professeur Brindeau, de la Clinique Tarnier (4 janvier 1928).

Voici la description des épreuves radiographiques obtenues :

Le crâne est brachycéphale : la tête est aplatie suivant le diamètre bitemporal ; la face est aplatie d'avant en arrière ; le massif facial est le plus visible ; on distingue très nettement le maxillaire supérieur et le fer à cheval du maxillaire inférieur, dont la branche montante est inexistante ; les deux maxillaires supérieur et inférieur, s'articulent entre eux par un angle aigu dont ils constituent les deux côtés.

Les arcades orbitaires sont dessinées par leur contour supérieur externe et inférieur sous forme de traits extrêmement nets ; le contour interne n'est dessiné que dans sa partie inférieure par le crochet de l'unguis.

Dans la base du crâne, on voit l'apophyse basilaire et le corps de l'occipital extrêmement marqués sous forme d'un gros noyau central sensiblement rectangulaire.

Le reste du crâne, notamment le contenu céphalique, est flou, décalcifié, nuageux, homogène, d'opacité très diminuée.

Sur le contour profilé du crâne, on distingue des encoches et des pertes de substance correspondant aux sutures et à la fontanelle antérieure.

On ne saurait dire s'il y a chevauchement véritable et rétraction du contenu céphalique.

Il semble que l'écaille occipitale soit abaissée et subluxée en bas et en arrière.

La tête se continue avec le tronc sur lequel elle est tournée selon une rotation de plus de 180 degrés. Elle regarde, par conséquent, le dos du fœtus.

La colonne vertébrale dont l'ossification est normale, montre les points centraux et ses points transversaires d'ossification. Il en est de même du sacrum dont toutes les pièces sont normalement indépendantes ; on voit même nettement les apophyses costales.

Cette colonne vertébrale est atteinte d'une scoliose qui commence dans sa partie cervicale inférieure (C.6) et se termine vers la partie inférieure de la colonne dorsale (D. 12); cette scoliose a sa concavité dirigée vers la droite du fœtus elle est compensée par une scoliose cervicale supérieure à concavité opposée ; le tout est combiné à la rotation de la tête en arrière. L'ensemble forme un S à petite branche supérieure, à grande branche inférieure.

Les côtes, du côté de la concavité scoliotique de la colonne vertébrale, sont applaties, rapprochées, abaissées, intriquées ; les espaces intercostaux sont donc très diminués et la cavité thoracique de ce côté très diminuée ; par contre, de l'autre côté, les côtes sont écartées. surélevées, sans contact entre elles : l'hémithorax gauche s'en trouve considérablement augmenté.

La clavicule se projette sous le maxillaire inférieur et le corps de l'occipital, tout près et parallèlement à eux.

L'omoplate montre surtout son bord axillaire externe ; loin de son extrémité supérieure, commence l'humérus dirigé en bas, en avant et à droite.

Le coude est replié.

Le radius et le cubitus — à peine dissociables l'un de l'autre car étroitement juxtaposés — sont dirigés très en haut et à peine à droite et en avant.

Il n'y a point de carpe ; la métacarpe est au complet ; les phalanges sont floues et difficiles à recenser, car la main est ramenée sous l'écaille occipitale qui la masque.

Tout près de cette dernière, au-dessus, en arrière et en dedans, on voit dans le lointain la projection longitudinale oblique du cubitus et du radius gauche et l'on devine le métacarpe gauche, à peine distinct derrière l'écaille occipitale.

La clavicule gauche, d'ailleurs, fortement contournée en S, se trouve placée dans la profondeur, sous la clavicule droite ; elle est ascendante, en avant et à droite.

Le bassin est nettement en entonnoir.

A gauche du sacrum, on voit l'aile iliaque gauche, le noyau osseux de l'ischion et un point pubien ; ces trois centres osseux étant nettement séparés,

A droite du sacrum, on retrouve ces trois mêmes opacités osseuses, mais beaucoup moins nettes.

Le fémur de la jambe droite est dirigé en avant en haut et en dehors. Il se prolonge en ligne droite, dans l'axe, par l'intermédiaire d'une grande solution de continuité, correspondant à l'interligne articulaire du genou, avec le tibia et le péroné étroitement accolés. Il n'y a pas de rotule.

La jambe est donc en extension complète sur la cuisse et de même direction qu'elle.

Le pied est fléchi à angle droit sur la jambe ; il n'y a pas d'os du tarse ; le métatarse est au complet ainsi que les premières phalanges (Il est absolument impossible de discerner les autres).

Le membre inférieur gauche est sous-jacent au membre inférieur droit ; il est dirigé en avant, horizontalement et à droite.

La jambe est très légèrement fléchie sur la cuisse ; il y a même une légère subluxation à distance (car l'interligne articulaire est extraordinairement grand) du plateau tibial en avant.

Les fémur, tibia, péroné, métatarse et premières phalanges sont rigoureusement semblables à leurs homonymes droits. Les os absents sont également les mêmes.

Le pied est hyperfléchi sur la jambe.

La longueur des fémurs, tibias et péronés comparés entre eux et avec leurs homonymes du côté opposé se révèle être la même.

Dans l'ensemble, le fœtus présente l'attitude classique de l'individu exécutant un saut en hauteur, en ciseaux, au moment même où, pour franchir la barre, il fléchit davantage sur le corps, le membre (en hyperextension) qui aborde le premier l'obstacle.

Formes cliniques de la rétention du fœtus mort ectopique

Ces formes cliniques sont très variées.

La femme qui ne sait pas qu'elle est enceinte, peut venir consulter son médecin pour de multiples raisons.

La plupart du temps, elle sera prise pour une femme atteinte d'une affection gynécologique.

Les étiquettes les plus variées peuvent être mises sur son cas, car on ignore l'existence de la grossesse.

Le diagnostic est encore bien plus délicat quand on a affaire à une femme qui a vu reparaître ses règles et qui a, depuis longtemps, oublié la période où elle avait cru ou supposé être enceinte.

Le cas est à peu près impossible à diagnostiquer si on se trouve devant une femme à nouveau enceinte, d'une grossesse utérine normale, chez laquelle rien ne peut faire soupçonner une rétention ancienne de fœtus ectopique mort.

La plupart du temps, on ne diagnostiquera, dans ce cas, qu'une tumeur para-utérine qu'on appellera, selon les cas : kyste, tumeur solide de l'ovaire, fibrome calcifié, etc.

C'est ce qui se passe presque toujours lorsqu'on se trouve en présence d'une femme portant un lithopædion depuis très longtemps.

Seule, l'étude approfondie de l'anamnèse et un examen radiologique peuvent apporter une solution à ces cas obscurs.

Dans le cas du lithopædion, les antécédents et les commémoratifs laissent perplexe le médecin qui doute.

Cependant, la femme souffre souvent, par intermittence, sans aucune complication fébrile.

A l'examen, on trouve une tumeur para-utérine, ovoïde, à grand axe transversal (petit fœtus transversal). Cette tumeur est dure, fibreuse, de consistance variable, peu uniforme.

L'utérus est déplacé en avant dans sa totalité ; le col est rétro-symphysaire ; le kyste fœtal est derrière l'utérus et élevé.

Si l'on est absolument sûr de l'absence d'une grossesse actuelle utérine, peut-être y aurait-il intérêt, dans ces cas, à pratiquer un examen radiologique, après injection intra-utérine de lipiodol faite sous le contrôle de l'écran.

En tout cas, le diagnostic de rétention du fœtus mort est extrêmement important à établir, car si on n'intervient pas, des accidents graves peuvent toujours survenir.

Et alors, dans ces cas, le tableau clinique peut être infini-

ment polymorphe, et simuler de nombreuses affections. On verra, ainsi, des formes cliniques où le premier plan est occupé par une occlusion intestinale ; par une péritonite généralisée rapidement mortelle ; par un abcès qui se fistulise en des points extrêmement variables.

Dans ces cas très anciens, le diagnostic avant l'intervention est très difficile, sinon impossible.

La lecture du pararaphe des complications et du paragraphe différentiel diagnostic fera comprendre l'infinie variété des formes cliniques.

Complications de la rétention du fœtus mort ectopique.

Comme nous l'avons déjà entrevu à différentes reprises, les complications sont nombreuses et redoutables. Elles peuvent survenir dans les rétentions les plus anciennes, comme dans les plus récentes ; dans les rétentions où rien de pathologique n'a pu les faire prévoir, comme dans les cas où de petits accidents les ont déjà fait craindre.

Elles peuvent survenir à l'improviste et éclater soudainement avec violence et être parfois rapidement mortelles.

C'est par crainte de ces complications, que, de nos jours, l'abstension n'est plus de mise ; il faut intervenir dès que le diagnostic est posé, à condition que les phénomènes de régression vasculaire du placenta et du sac aient eu le temps de se produire.

La rétention peut durer plusieurs années sans complication ; mais on ne doit pas compter sur cette rétention aseptique ; en effet, le plus souvent, il se produit des accidents infectieux qui commandent l'intervention.

Le diagnostic des complications n'est aisé que si l'on soupçonne l'existence d'une grossesse et surtout d'une grossesse ectopique.

Lorsque la poche s'infecte, si l'abcès se vide dans une cavité viscérale, ou s'il s'ouvre à la paroi, la présence de débris de squelette permettra de reconnaître l'origine de la suppuration.

En tous cas, on se rappellera que la rétention du fœtus mort ectopique est, en elle-même, une véritable complication, car même s'il n'y a pas d'accident, elle gêne par son

volume et par son poids. De plus, la femme est exposée aux accidents de rupture et de péritonite.

Les complications de la rétention du fœtus mort sont nombreuses, elles peuvent être d'origine mécanique, ou d'origine infectieuse (Confert, l'*Anatomie Pathologique*).

Les principales sont :

La rupture du kyste fœtal ;

Les hémorragies secondaires et le décollement partiel du placenta (hémorragie interne) ;

La compression des organes voisins (rectum, uretère, vessie, vaisseaux iliaques) ;

La gêne du diaphragme (troubles respiratoires) ;

L'obstruction intestinale chronique ;

L'occlusion intestinale aiguë.

L'infection du kyste, si elle est cloisonnée par des adhérences (poussées de péritonite chronique), peut aboutir à la suppuration, à l'ouverture et à la fistulisation du kyste fœtal infecté à la paroi abdominale (ombilic, hypochondre, hypogastre, fesse, périnée, fosse rénale) ou dans un viscère (rectum, vessie, utérus, vagin, intestin).

Des séquestres de squelette fœtal peuvent ainsi s'éliminer par des fistules interminables avec un pus mal lié et fœtide.

(On a pu retrouver un lithopædion dans la vessie.)

Ces fistules ont peu de tendance à guérir. Elles ne tarissent pas ; la suppuration s'entretient et la malade finit par mourir de cachexie et de dégénérescence amyloïde généralisée.

Ou bien, ces fistules peuvent donner naissance à des péritonites généralisées, à des septicémies, à des pyohémies mortelles.

D'ailleurs, l'infection du kyste fœtal peut très rapidement faire éclater une péritonite foudroyante qui tue en quelques jours, lorsque les micro-organismes sont hypervirulents.

C'est pour prévenir toutes ces complications redoutables qu'il faut intervenir pour extirper le fœtus retenu mort.

DIAGNOSTIC POSITIF

Il est important de faire un diagnostic précoce à cause des complications toujours possibles.

Il se basera sur l'anamnèse (Anomalie des règles, douleur, tumeur para-utérine, constatés il y a plusieurs mois, existence du faux travail, plus récemment : douleurs et contractions utérines ; le fœtus n'est pas expulsé ; il y a eu expulsion de lambeaux de caduque).

Après une certaine période de rétention du fœtus mort, le diagnostic devient facile, car *une rétention prolongée n'est pas naturelle* : on pense à la grossesse ectopique.

On reconnaît que l'utérus est indépendant du kyste fœtal (parfois, on peut même sentir le fond de l'utérus au-dessus du pubis).

On est frappé par la superficialité du fœtus ; il n'y a pas de bruits du cœur.

Le kyste fœtal est plus ou moins adhérent à la paroi.

Il n'y a pas de contractions nettes du sac.

Le col de l'utérus est dévié en avant et latéralement.

Le corps utérin est gros et mollasse et situé soit dans une fosse iliaque, soit au-dessus du pubis.

Le diagnostic posé, on peut chercher la variété ; mais il est en général impossible de la diagnostiquer.

Doléris, dans ce but, se base sur l'évolution de la grossesse et la position du kyste fœtal.

La position de l'insertion du ligament rond, par rapport à la tumeur, fournit un bon élément de diagnostic de la variété.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il est assez facile dans les cas récents ; il est très difficile, pour ne pas dire impossible, dans les cas anciens.

Tous les cas ne se présentent pas de façon claire. Souvent une observation prolongée est nécessaire pour réussir à trouver la cause de la maladie.

On doit penser à la grossesse ectopique chez une femme ayant eu des signes de grossesse avec une tumeur placée en arrière et sur un des côtés de l'utérus.

Les rétentions fœtales prolongées, dépassant deux mois, ne se rencontrent pas dans la grossesse utérine mais dans la grossesse abdominale.

Cependant, le diagnostic peut être difficile dans certains cas, où nous avons vu des rétentions prolongées de fœtus *in utéro*.

En tous cas, ne pas entreprendre de traitement immédiat, l'abstention *temporaire* s'impose, car il est préférable que les vaisseaux placentaires aient le temps de régresser ce qui permettra, par la suite, d'enlever plus facilement le placenta.

Cette attente sera d'environ six semaines au total ; le fœtus utérin sera souvent expulsé avant.

On peut aussi penser à un utérus double dont un des compartiments contient un fœtus mort retenu.

Donc, la plupart du temps, dans une rétention récente du fœtus mort, le diagnostic sera facilement fait surtout si la grossesse était connue. Si la grossesse était méconnue, il faudra d'abord éliminer toutes les affections abdominales ou pelviennes qui peuvent simuler par leurs signes physiques ou généraux, la rétention d'un fœtus mort.

Lorsque la rétention du fœtus mort est déjà ancienne, le diagnostic devient très difficile.

Si la femme vient consulter au bout de dix (10) ou vingt (20) ans, on trouve une tumeur très dure dans l'abdomen. On pense à un fibrome calcifié, à un cancer, à un fécalome, à une tumeur de l'ovaire ou du ligament large.

Ce n'est qu'à l'ouverture de l'abdomen qu'on s'aperçoit de l'erreur et qu'il y avait une grossesse extra-utérine.

Lorsque le kyste du fœtus retenu s'infecte, les phénomènes infectieux peuvent se confondre avec ceux de nombreuses infections, surtout si la notion de la grossesse ectopique ne vient pas à l'esprit du médecin. On pense à un phlegmon périnéphrétique, à un phlegmon du ligament large, de la fosse ischio-rectale, à une péritonite localisée, à une salpingite suppurée, à un kyste de l'ovaire infecté, à la nécrose d'un fibrome sous-péritonéal, à une appendicite localisée.

L'élimination de débris osseux par la fistule, l'examen radiographique peuvent aider à faire le diagnostic.

Un bon moyeu peut être la ponction exploratrice du Douglas, à la seringue de Roux. Elle fut employée avec succès et sans préjudice, à Mayence, dans 13 % des extra-utérines, (Stamm).

Mais elle ne représente pas une opération sans danger, à cause de l'infection toujours possible.

Lorsqu'on pourra la faire, il faudra se décider à faire suivre l'intervention opératoire immédiatement.

Lorsque la poche abcédée s'ouvre dans un viscère, le diagnostic sera à faire avec les pyuries, les suppurations et fistules rectales, les suppurations et fistules vaginales.

Là encore la constatation de débris de squelette facilitera le diagnostic.

Les péritonites qui peuvent éclater lors de l'infection du kyste fœtal seront à distinguer de toutes les péritonites de causes variables qui peuvent leur ressembler (péritonites localisées et généralisées). Il en sera de même de la septicémie, de la pyohémie, de la cachexie suite d'infection du kyste fœtal.

Enfin, en dernier ressort, on pensera à la possibilité de rétention de un ou deux fœtus morts dans des grossesses gémellaires ectopiques (qui dans ce cas sont plutôt univitellines) exceptionnellement à terme (on connaît même un cas de grossesse ectopique triple). Dans ce cas, rarissime, le diagnostic n'est jamais posé et le pronostic est très grave.

PRONOSTIC

La mortalité maternelle dans la grossesse ectopique *en général* est, d'après Parry, de : 67, 2 %.

Mais, jadis, on ne diagnostiquait que les cas graves.

Actuellement, on pose :

Van Kesteren.....	12,6 %
Simpson.....	5 %

La mortalité maternelle dans les grossesses ectopiques opérées après la mort du fœtus s'inscrit comme suit :

(Anciennement : statistique de Guermeur : 32,3 %).

D'après la récente statistique de Palliez :

Avec ablation du placenta..... 13,4 %
Avec marsupialisation du kyste.. 12,7 %
Soit une moyenne de.... *13,05 %*

Mais la statistique opératoire du Pr Brindeau, depuis 1912, tant à la Clinique Tarnier qu'à la Pitié, aboutit à une mortalité opératoire de cinq pour cent (5 %).

D'après Palliez, sur *174* cas de rétention de fœtus extra-utérins morts, il y aurait :

15 cas de tolérance pendant de longues années, soit..... *8,6 %*
Et *159* cas d'accidents divers, soit..... *91,4 %*

Les accidents ont évolué ainsi :

124 guérisons, soit spontanées, soit post-opératoires, soit..... *73,4 %*
Et *35 morts* (non intervention), soit..... *26,6 %*

Il y a donc 20 % de morts maternelles, dans les cas de rétention de fœtus ectopique.

Le pronostic est, par conséquent, très grave pour la mère ; il est en moyenne de *20 % de mortalité si l'on n'intervient pas.*

L'intervention pratiquée systématiquement dans les cas purs (*en dehors de toute complication*), *fait tomber la mortalité à 13,05 %* (*Palliez* ; *à 5 %* (*Brindeau*).

Cette intervention fait donc gagner *sept pour cent* (7 %, Palliez) et *quinze pour cent* (15 %, Brindeau) *de vies humaines.*

Le fœtus étant mort, les cas de rétention bien tolérée sont extrêmement rares et la mère reste toujours très exposée.

Le pronostic est grave en raison des nombreux accidents possibles :

Infection de l'œuf ;
Péritonite chronique ;
Occlusion intestinale ;
Gêne provoquée par le volume de la tumeur ;
Douleurs parfois extrêmement vives.

Il est nécessaire de recourir à la laparotomie pour extraire le fœtus mort.

Le pronostic à longue échéance de l'avenir lointain de la femme doit être également envisagé.

Lorsqu'une grossesse utérine survient après une grossesse ectopique, le pronostic est assez sombre si la grossesse extra-utérine n'a pas été opérée.

Or, cette grossesse utérine, postérieure à une grossesse extra-utérine, se voit dans 25 % des cas de grossesse extra-utérine non opérée (Gudden).

La mort survient dans 9 % des cas, par rupture ou inflammation du kyste ; l'avortement est assez fréquent (23 %).

Si la femme a été opérée de sa grossesse ectopique, la grossesse utérine ultérieure évoluera normalement.

Enfin, dans le pronostic, il faudra tenir compte d'une récidive toujours possible de grossesse ectopique (5 % des cas).

TRAITEMENT

Il faut opérer.

L'expectation n'est plus de mise, l'intervention chirurgicale est toujours indiquée par crainte des accidents d'infection grave qui peuvent éclater inopinément.

Le traitement ne date que de l'époque moderne (L. Tait, Kelly, Werth, Muret ; congrès de chirurgie de 1910. Pinard et Segond).

L'opération est aussi bien indiquée après la mort récente du fœtus qu'après une longue rétention.

Quand doit-on opérer ?

Quand le fœtus est mort, le pronostic est moins grave, l'opération est beaucoup plus facile ; on peut souvent tout enlever parce que cela saigne peu.

Il ne faut cependant pas opérer immédiatement après la mort du fœtus, car on aurait des hémorragies redoutables que le tamponnement direct des surfaces saignantes n'arrêterait pas et qu'on ne pourrait juguler qu'en liant les deux vaisseaux nourriciers du kyste : l'artère utérine et l'artère utéro-ovarienne.

Au contraire, lorsque on opère après la mort du fœtus, l'hémorragie moins grave n'est pas à redouter parce que la circulation fœto-maternelle s'est atténuée ; le danger existe, mais il est moindre. On aura donc plutôt tendance à extraire immédiatement le placenta.

Après la mort du fœtus, il y a régression de tous les vaisseaux qui se rendent à la poche fœtale ce qui rendra l'ablation de cette poche moins dangereuse.

Si le fœtus est mort depuis longtemps, la circulation péri-kystique est encore plus réduite ; le placenta s'atrophie, et son ablation se fait sans grande hémorragie.

Il vaut mieux, cependant, ne pas attendre trop longtemps car, au début, il y a moins d'adhérence et l'ablation sera plus complète, plus facile.

D'ailleurs, en tous cas, tous les auteurs conseillent l'intervention par crainte des complications septiques.

Litzmann conseille d'attendre quatre (4) mois. Kirkley conseille d'attendre trois (3) mois. L. Tait préfère opérer plus tôt car le placenta peut augmenter de volume, même après la mort fœtale.

Pinard opère avant le retour des règles.

Demelin conseille d'attendre l'amélioration de l'état général.

L'époque de choix est entre quatre (4) *et six* (6) *semaines après la mort du fœtus* (P^r^ Brindeau).

L'opération est alors plus radicale.

Quelle opération faut-il faire ?

Elytrotomie. — Certains, dans les rétentions anciennes, préconisent l'élytrotomie ; mais pour cela, le kyste doit bomber dans le cul-de-sac postérieur et il ne faut pas que le placenta s'incère à la partie inférieure du kyste. Cette opération a été faite plusieurs fois avec succès.

Laparotomie. — Dans la plus grande majorité des cas, il faut agir par laparotomie, enlever la masse entière, sac et enfant ; ce qui n'est pas toujours possible.

Traitement des complications.

Quand, après rétention prolongée d'un fœtus mort, il se produit des fistules par lesquelles le fœtus s'élimine en fragments plus ou moins volumineux, en interviendra suivant le siège de la fistule.

Si la poche s'est ouverte par l'abdomen ou le vagin, le simple agrandissement de l'orifice sera suffisant.

Si l'ouverture s'est faite dans l'intestin ou la vessie, il faut pratiquer la laparotomie pour extraire le kyste et oblitérer la fistule.

Technique opératoire (Prs Brindeau et Jeannin).

Les temps préliminaires sont les mêmes ; les procédés diffèrent par les manières de traiter le placenta.

Incision. — Le mieux est de tracer une longue incision médiane sur la ligne blanche dépassant en haut l'ombilic, incision qui doit être grande pour y voir clair.

On ouvre le péritoine.

L'abdomen ouvert, on explore la paroi du sac pour voir si une anse intestinale ne croise point en écharpe la face antérieure de la tumeur.

Si le kyste fœtal est libre, on l'extériorisera, comme s'il s'agissait d'un utérus gravide. On peut, dans certains cas, enlever complètement l'œuf en bloc (Fabre).

Si le sac est adhérent à la paroi abdominale, on commencera par l'incision pour extraire le fœtus.

Extraction du fœtus. — On ponctionne le kyste au bistouri ; il s'écoule du liquide amniotique.

On agrandit l'incision au ciseau ou au bistouri boutonné.

La main introduite dans la poche recherche les pieds du fœtus, qu'elle extrait ; on pince puis on coupe le cordon.

Quand il n'existe point de sac, le fœtus flotte dans les anses intestinales : extraction très facile.

Le placenta peut s'insérer sur la face antérieure de la poche : il faut alors rechercher un endroit où il n'y ait pas de placenta pour y inciser la poche (certains coupent en plein tissu placentaire). Il vaut mieux inciser à côté du placenta si les manœuvres nécessaires pour l'éviter sont simples ; sinon, se résigner à passer à travers.

Traitement du placenta. — Pour le traitement du placenta, plusieurs méthodes se présentent : le laisser en place dans l'abdomen ; le laisser en place en le drainant (marsupialisation) ; l'enlever ; ou marsupialiser après extraction du placenta (Fabre).

Abandon du placenta. — Il y a un procédé qui, au premier abord, paraît illogique : on ouvre l'abdomen, on retire l'enfant après ligature du cordon, on ferme le sac sur le placenta et s'il n'y a pas de sac, on referme l'abdomen purement et simplement en abandonnant le placenta dans le ventre. Ce procédé préconisé par les Italiens (Negri) puis par un Français (Vignard), a été adopté dernièrement par les Américains (Jewett). Sur dix (10) femmes opérées de cette façon, huit (8) ont guéri (80 %). Quand il n'y a pas de sac, il y aurait donc avantage à fermer sans drainer.

Le Pr Brindeau, tout récemment, à suivi cette technique ; son opérée a parfaitement guéri et le placenta se résorbe progressivement. Le danger d'une hémorragie et les ennuis d'une longue marsupialisaton se trouvèrent écartés (Henrotay, *Bull. Soc. Belge de Gynéc. et d'Obst.*, octobre 1927).

Deuxième procédé : *marsupialisation*.

Dans certains cas, il y a, avec les organes voisins des adhérences nombreuses, très serrées, très vasculaires. Pour libérer le sac, il faudrait sculpter la paroi de l'œuf dans l'organe avec lequel il est en contact, d'où abondantes hémorragies en nappe. L'ablation du placenta est également très difficile car il s'insère dans des tissus non contractiles qui

n'obstruent pas les lacs sanguins devenus libres par l'extraction du placenta : d'où hémorragie formidable parfois impossible à enrayer.

On peut marsupialiser la poche, c'est-à-dire : ouvrant le sac, enlever le fœtus ; couper le cordon tout près de son insertion placentaire en laissant s'écouler le sang avant de le sectionner ; puis, on suture les parois du kyste fœtal aux lèvres de la plaie pariétale abdominale ; le placenta est laissé en place en totalité ou en partie ; la poche reste ouverte à l'extérieur ; on la draine et on la tamponne avec de la gaze aseptique ou iodoformée ; le placenta s'élimine lentement par la suite, au bout d'un temps qui varie entre quelques jours et trois à quatre semaines ; on surveille son élimination en pratiquant dans la poche des lavages faiblement antiseptiques.

La guérison est très lente ; mais toute autre intervention est imprudente ou impossible.

C'est un procédé qui a été vanté par Pinard, par Segond, et, pendant longtemps, par J.-L. Faure.

Cette opération est très facile, pas dangereuse, très simple, à la portée de tous.

Inconvénients. — Malheureusement, si la femme ne meurt pas au moment de l'opération, il en meurt cependant un certain nombre parce que l'élimination du placenta ne va pas se faire sans putréfaction : c'est l'infection qu'il faut craindre le plus. Ces malades mettent parfois quarante-cinq à cinquante jours à éliminer leur placenta ; pendant ce temps, elles peuvent s'infecter : c'est pourquoi un certain nombre d'entre elles meurent. En traitant la poche aseptiquement, on arrive à de bons résultats ; mais ce procédé expose encore à des hémorragies secondaires parce que les cotylédons putréfiés entraînent des portions sphacélées de placenta ; un gros vaisseau de la poche peut s'ouvrir : et la femme succombe.

Pinard n'aurait pas eu un seul accident sur dix-sept (17) marsupialisations. Les statistiques modernes sont moins satisfaisantes (40 % de mortalité). Sur cinquante-cinq (55) cas, Palliez trouve une mortalité de 12,7 %.

Extraction du placenta. — C'est la méthode la plus chirurgicale. Elle doit être appliquée toutes les fois qu'elle est

possible ou quand il y a hémorragie par suite d'un décollement partiel du délivre.

Cette méthode expose à des hémorragies considérables d'autant plus difficiles à arrêter que le placenta adhère un peu partout et s'insère sur des organes extrêmement vasculaires (dont les vaisseaux ne sont pas, comme les vaisseaux utérins, entourés d'une paroi musculaire), et particulièrement sur les anses intestinales qui se déchirent très facilement.

Souvent cette opération est extrêmement pénible, longue et difficultueuse.

On décolle progressivement le placenta et on tamponne fortement en cas d'hémorragie abondante. Si l'hémorragie est trop abondante et difficile à arrêter, l'extirpation du placenta fait courir de tels risques d'hémorragie grave, qu'il faut plutôt tamponner et se borner à marsupialiser.

L'ablation s'impose en présence d'un fœtus libre dans la cavité abdominale siégeant au milieu des anses intestinales. Comme il n'y a pas de sac, on est obligé d'enlever le placenta ; il en est de même lorsque l'organe décollé devient la source d'une hémorragie abondante.

Le meilleur procédé pour arrêter l'hémorragie est de compléter ce décollement, quitte à tamponner fortement si le sang continue à s'écouler.

Certains auteurs conseillent de décoller le placenta toutes les fois qu'il est discoïde et de l'abandonner lorsqu'il s'étale en surface.

Donc, lorsqu'il n'existe pas de sac, si le placenta est discoïde et s'il s'insère sur une région résistante (Douglas, utérus) : essayer de le décoller, quitte à placer un volumineux Mickulicz pour arrêter l'hémorragie.

Si le placenta est diffus ou s'il s'insère sur des organes friables et vasculaires : le laisser en place et fermer l'abdomen sans drainage.

La mortalité, que l'on procède ou non à l'ablation du placenta, est la même (Palliez).

Elle pourrait même être moindre dans le cas d'ablation du placenta si l'on attend suffisamment longtemps après la mort du fœtus pour opérer.

Palliez cite le cas de trois (3) malades qui succombèrent à

une hémorragie par arrachement du placenta ; dans deux (2) cas où l'attente ne fut que de trois (3) semaines, et dans un (1) cas où elle fut de plus de temps.

Voici la statistique de Palliez dans l'opération avec ablation du placenta :

Sur soixante-sept (67) cas, il y eut une mortalité de 13,4 %.

Traitement du sac. — Ce traitement est différent suivant la variété de grossesse ectopique dont il faut étudier les rapports anatomiques avant de se décider.

Si c'est une grossesse tubaire : essayer de libérer le sac des organes voisins, mais se rappeler que le procédé qui consiste à enlever le sac ou tout ce que l'on peut du sac, peut entraîner des hémorragies terribles, et que la femme peut mourir sur la table d'opération.

Quand il s'agit de grossesse péritonéale secondaire, assez souvent le sac est très aminci ; quand on essaye de le décoller, il se déchire et on ne peut plus s'en tirer parce que le sac est incomplet.

Si la grossesse est incluse dans le ligament large, on attaquera le sac dans une zone avasculaire ; pendant ces manœuvres, on commencera pas chercher le pédicule supérieur utéro-ovarien dont on voit les vaisseaux étalés les uns à côté des autres ; on les pince avec un ou plusieurs clamps avant d'ouvrir ou avant d'enlever le sac.

Si, au contraire, on trouve un ligament infundibulo-pelvien bien net, on le pince ; puis on le décolle, et on voit si l'on peut s'en tirer. Si cela saigne, il ne faut pas hésiter à enlever l'utérus, car on n'oubliera pas que, dans une grossesse extra-utérine intraligamentaire, l'ablation de l'utérus rendra les plus grands services, facilitera l'hémostase d'une façon extraordinaire et permettra d'aborder la tumeur de bas en haut.

S'il s'agit d'une grossesse droite, on liera les vaisseaux supérieurs droits ; puis on pincera les vaisseaux du côté gauche ; on coupera le col et l'on passera de bas en haut, à l'américaine ; on évite ainsi les grosses hémorragies.

En somme, il faut essayer de faire l'hémostase préventive et, dans les cas difficiles, l'hystérectomie préventive peut encore rendre les plus grands services. Ainsi, on arrivera à se tirer d'affaire.

Le plus souvent, le sac est adhérent à la paroi abdominale et aux organes voisins. Aussi, l'ablation est-elle très difficile.

C'est pourquoi beaucoup d'auteurs préfèrent marsupialiser. Certains chirurgiens conseillent, par contre, de disséquer le kyste pour l'extirper complètement ; mais cette dissection s'accompagne souvent d'hémorragies abondantes. Aussi, faut-il lier préventivement les vaisseaux qui viennent de la corne utérine et du ligament infundibulo-pelvien du côté malade.

Si, après avoir essayé de décoller la poche, on s'aperçoit qu'elle est intimement accolée à quelque viscère, on pourra toujours réséquer la partie décollée et marsupialiser le reste.

Le Pr Brindeau a déclaré, dans une de ses leçons du jeudi soir (1926), avoir eu, sur trois (3) femmes opérées pour rétention de fœtus mort ectopique, deux (2) guérisons et une (1) mort (33 %) ; mais cette dernière femme était arrivée en pleine péritonite et il était bien difficile de la guérir.

Sur vingt (20) cas opérés depuis 1917 à la Clinique Tarnier ou à la Pitié, par le Pr Brindeau, nous n'avons relevé qu'une seule mort, ce qui fait une mortalité maternelle de *cinq pour cent* (5 %).

ANNEXES

ANNEXE A

Liste énumérative des observations cliniques.

Obs. I. Tarnier, 1927 (n° 2232). — I-pare de 25 ans, rétention d'œuf mort, 4 m. 1/2.

Obs. II. Tarnier, 1927 (n° 1231). — I-pare de 31 ans, rétention de fœtus de 7 mois mort depuis un mois.

Obs. III. Tarnier, 1926 (n° 1288). — III-pare de 37 ans, rétention de fœtus à terme mort depuis plusieurs mois.

Obs. III (*bis*). Tarnier, 1926 (n° 190). — I-pare de 28 ans. Enfant vivant à terme.

Obs. IV. Tarnier, 1925 (n° 665). — II-pare de 34 ans, rétention de fœtus mort de sept mois.

Obs. V. Tarnier, 1925 (n° 182). — II-pare de 22 ans, rétention de fœtus mort à terme.

Obs. VI. Tarnier 1924 (n° 2616). — II-pare de 31 ans, fœtus de 3 mois vivant

Obs. VII. Tarnier, 1924 (n° 167). — I-pare de 18 ans, grossesse extra-utérine de 2 m. 1/2 mort.

Obs. VII (*bis*). Tarnier 1924 (n° 167 *bis*). — III-pare de 40 ans, grossesse ectopique.

Obs. VIII. Tarnier, 1924 (n° 101). — I-pare de 22 ans, fœtus macéré de 2 mois (avortement tubaire).

Obs. IX. Tarnier, 1923 (n° 580). — II-pare de 42 ans, fœtus vivant de 6 mois.

Obs. X. Tarnier, 1923 (n° 1108). — I-pare de 27 ans, fœtus macéré de 3 mois.

Obs. XI. Tarnier, 1922 (n° 1318). — I-pare de 26 ans, fœtus mort à terme.

Obs. XII. Tarnier, 1922 (n° 554). — I-pare de 27 ans, fœtus macéré (grossesse avancée 7e ? 8e ?).

Obs. XIII. Tarnier, 1921 (n° 2210). — II-pare de 24 ans, fœtus macéré de 4 m. 1/2.

Obs. XIV. Pitié, 1919 (n° 1017). — II-pare de 32 ans, fœtus de 3 mois mort.

Obs. XV. Pitié, 1920 (n° 211). — II-pare de 39 ans, fœtus vivant de 4 mois.

Obs. XVI. Pitié, 1920 (n° 535). — Femme la parotomisée pour adhérences 12 ans après une intervention pour rétention de fœtus mort de six mois.

Obs. XVII. Pitié, 1921 (n° 346). — 27 ans, fœtus vivant de 5 mois.

Obs. XVIII. Pitié, 1921 (n° 1293). — I-pare de 20 ans, fœtus macéré de 5 semaines.

Obs. XIX. Pitié, 1921 (n° 1864). — I-pare de 31 ans, fœtus mort de 3 mois, mort depuis 3 semaines.

Obs. XX. Tarnier, 1918 (n° 1363). — III-pare de 38 ans, fœtus de 6 mois mort depuis 18 mois.

Obs. XXI. Tarnier, 1917 (n° 777). — III-pare de 43 ans, fœtus mort à terme.

Obs. XXII. Tarnier, 1917 (n° 212). — (?) pare de 38 ans, fœtus de 8 mois mortet putréfié.

Obs. XXIII. Tarnier, 1916 (n° 859). — (?) pare de (?) ans, macéré près du terme.

Obs. XXIV. Tarnier, 1916 (n° 264). — (?) pare de 22 ans, vivant 2 mois 1/2.

Obs. XXV. Tarnier, 1915 (n° 835). — (?) pare de (?) ans, fœtus macéré de 6 mois.

Obs. XXVI Tarnier, 1915 (n° 581). — (?) pare de (?) ans (?).

Obs. XXVII. Tarnier, 1915 (n° 462). — (?) pare de (?) ans vivant 2 m. 1/2.

Obs. XXVIII. Tarnier, 1913 (n° 1449). — (?) pare de (?) ans, petit fœtus.

Obs. XXIX. Tarnier, 1913 (n° 850). — (?) pare de (?) ans (?) peut-être 5 mois.

Obs. XXX. Tarnier, 1913 (n° 158). — (?) pare de (?) ans, grossesse utérine + extra-utérine (petit fœtus).

Obs. XXXI. Tarnier, 1912 (n° 123). — (?) pare de (?) ans, fœtus momifié de près de 4 mois.

ANNEXE B

Liste des observations cliniques classées par âge de la grossesse.

	MORTS			VIVANTS
	Momifiés	Macérés	Morts sans spécifier	
	—	—	—	—
5 semaines. . .	»	XVIII	»	»
2 mois.	»	VIII	»	»
2 mois 1/2. . .	»	»	VII	XXIV-XXVII
3 mois.	»	X	XIX-XIV	VI
4 mois.	XXXI	»	»	XV
4 mois 1/2 . . .	»	XIII	I	»
5 mois.	»	»	XXIX (?)	XVII
6 mois.	»	XXV	XX-XVI	IX
7 mois.	»	»	II-IV	»
8 mois.	»	XIII (?) XXII putréfié	»	»
Près du terme .	»	XXIII	»	»
A terme	»	»	III-V-VI XXI	III *bis*

Soit, sur 27 extra-utérines *de plus de 2 mois* reçues dans des maternités (Tarnier et la Pitié) :

3.....	2 mois 1/2	soit 11,1 %
4.....	3 mois	soit 14,8 %
2.....	4 mois	soit 7,4 %
2.....	4 mois 1/2	soit 7,4 %
Soit : *Avant 5 mois* : *40,7* %		
2.....	5 mois	soit 7,4 %
4.....	6 mois	soit 13,8 %
2.....	7 mois	soit 7,4 %
2.....	8 mois	soit 7,4 %
6.....	près du terme ou à terme	soit 22,3 %
27		

Soit : *Après 5 mois* : *59,3* %

Soit : *20 rétentions de fœtus morts* (dont 1 momifié, 1 putréfié et 7 macérés) *sur 27 extra-utérines* (de plus de 5 semaines au terme), soit : *74,1* %.

ANNEXE C

Opérations cliniques accompagnées des protocoles opératoires.

Trente-trois observations inédites.

OBSERVATION I

Clinique Tarnier (n° 2232). — Année 1927.

A. P..., 25 ans. Employée de bureau.

Parents bien portants.

Pas de collatéraux.

Réglée à 10 ans 1/2. Règles régulières, abondantes, douloureuses de 18 à 21 ans.

Scarlatine, rougeole.

Rhumatisme cardiaque depuis 21 ans.

I-pare.

Date des dernières règles : du 24 janvier au 31 janvier. Procréateur bien portant.

2 novembre. — Col petit, mobile. Utérus remontant à 1 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Contractions nettement perçues.

Aucun ballottement.

Pas de bruits du cœur.

Pas de mouvements.

Tumeur dans le cul-de-sac antérieur, qui pourrait être une partie fœtale.

Probablement rétention de fœtus mort.

17 novembre 1927 (M. Brindeau, D. M).

Ablation d'une grossesse extra-utérine.

Rétention d'œuf mort.

Incision sous-ombilicale.

Il devait y avoir fissuration de la poche, car l'épiploon est infiltré de sang.

La grossesse ectopique siège dans les annexes du côté droit.

L'extrémité externe du ligament large recouvre le kyste, si bien qu'on pourrait croire à une tumeur incluse.

Section du ligament infundibulo pelvien.

Il est possible de désenclaver le kyste fœtal.

L'ablation de la tumeur devient facile.

L'utérus, un peu gros, était aplati derrière la symphyse.

Les annexes gauches sont recroquevillées et adhérentes.

L'ovaire contient quelques petits kystes péritonéaux qu'il est facile d'enlever.

On libère la trompe et l'ovaire que l'on laisse en place.

Appendice laissé.

OBSERVATION II

Clinique Tarnier (nº 1231). — P. J..., 31 ans. Modiste.

Père décédé à 75 ans.

Mère bien portante.

Deux sœurs décédées de phtisie.

A marché à 9 mois et a toujours bien marché.

Réglée à 16 ans. Règles régulières.

A partir de 20 ans, lésions pulmonaires.

Actuellement, première grossesse.

Date des dernières règles : 12 octobre au 15 octobre.

Mouvements actifs du fœtus apparus au mois de mars.

Entrée dans le service, le 7 juin ; la femme vient de chez elle.

17 juin. — Il y a deux ans, a été soignée pour lésions pulmonaires bilatérales et disséminées (dit la malade) par un médecin homéopathe (piqûres intraveineuses et oxygène). Aurait été très améliorée.

A commencé à tousser au début de sa grossesse. Crache peu. Examen de crachats fait à Tarnier, ne montre pas de B. K.

Au début de la grossesse, et à plusieurs reprises durant sa gestation (en particulier à 4 mois 1/2), a présenté des crises douloureuses de la fosse iliaque droite. Un examen aurait permis de sentir une masse douloureuse dans la fosse iliaque droite. Cette masse a été confirmée par examen radioscopique après ingestion et lavement de bouillie opaque (φ iléo-cæcale).

N'a jamais eu de pertes avant sa grossesse et n'avait jamais eu la moindre sensibilité de cette région.

La dernière crise a eu lieu à 4 mois 1/2 et a duré pendant une quinzaine de jours ; durant chaque crise, constipation fréquente et assez tenace.

Aucune autre crise depuis.

A passé, le 16 juin, à l'écran à Laënnec.

18 juin 1927 (M. Brindeau, V. Mlle D.) :

Laparotomie pour grossesse ectopique.

Fœtus mort depuis 1 mois environ.

Anesthésie régionale complétée par une anesthésie à l'éther au moment où on retirait le fœtus.

Incision sous-ombilicale : il s'écoule immédiatement une quantité considérable de liquide brun rosé contenant de petits grumeaux, très probablement constitués par de la fibrine. Il s'en écoule une grande quantité, au moins 2 litres.

On aperçoit bientôt l'épaule du fœtus macéré.

On extrait ce fœtus et on voit qu'il s'agit d'un kyste ectopique dont la paroi antérieure adhérente au péritoine périétal a l'épaisseur d'un centimètre environ, mais dont le dôme inférieur s'est rompu.

On aperçoit, du reste, les anses intestinales recouvertes d'un enduit blanchâtre, fibrineux, certainement ancien. Un bras du fœtus avait traversé la paroi et présentait, du reste, un étranglement à ce niveau.

Le cordon, très mince, s'est déchiré dans les manœuvres d'extraction ; il ne présentait aucune malformation;

Le fœtus était *du terme de 7 mois* environ.

On termine l'opération par une *marsupialisation.*

L'extrémité inférieure de la poche très mince, s'est déchirée, et on aperçoit à ce niveau de très grosses veines dont l'une présente le volume du doigt : il s'agit du bord droit de l'utérus volumineux, refoulé à gauche.

Pose de 2 drains, d'une mèche.

L'hémorragie est abondante et arrêtée par tamponnement.

29 juin. — Pansement largement imbibé, l'hémorragie ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION III

Clinique Tarnier (n° 1288). — Année 1926.

M. M..., III-pare de 37 ans.

Parents bien portants.

5 collatéraux bien portants.

3 morts en bas âge.

Typhoïde à 14 ans.

1 accouchement normal en 1926.

1925. — Avortement de 2 m. 1/2 environ.

N'a pas revu ses règles.

Nausées très fréquentes au début de sa grossesse et douleurs bilatérales dans le bas ventre tout au début du mois d'août.

Ensuite état normal, sent remuer.

Au 17 janvier, prise d'un grand malaise, pertes sanglantes avec petits caillots, coliques, impossibilité de se lever, pas de fièvre.

Après un mois, elle se lève, n'a plus de douleurs, ne sent plus remuer son enfant mais a une montée de lait.

Se sent depuis tout à fait bien portante, pertes depuis, causées par la moindre fatigue.

Règles normales en mai, juin.

Radiographie faite en ville.

6 mai. — Utérus gros comme huit mois environ.

Ne sent plus remuer depuis janvier après épisode aigu, où la

femme est restée quinze jours au lit. Actuellement pas de bruit du cœur. On ne peut percevoir aucune partie fœtale. Utérus tendu (M. de Williencourt).

9 juin. — Possibilité de rétention d'œuf mort dans une grossesse ectopique (Pr Brindeau).

24 juin 1926, 10 h. 30, op. N° 12 (M. Brindeau D. M.) :

Grossesse extra-utérine près du terme.

Rétention de *fœtus mort depuis plusieurs mois*.

Anesthésie à l'éther. Femme opérée avec un très bon état général.

Longue incision dépassant l'ombilic.

La tumeur présente le volume d'un utérus à terme ; on arrive directement sur le sac très épais et très adhérent à la paroi antérieure. On sculpte les adhérences aux ciseaux, et on arrive au bout de très peu de temps sur une zone plus facilement décollable.

Le côlon transverse adhère intimement au sommet de la tumeur ; on le décolle aux ciseaux ; on passe la main derrière et on peut, en partie, extérioriser le sac

A ce moment, on voit une anse intestinale grêle appliquée sur le flanc droit du sac. Cette anse est aplatie, laminée ; on la libère aux ciseaux en suivant de très près la paroi du kyste.

A ce moment, celui-ci se déchire, laissant passer du liquide grumeleux, noirâtre, ressemblant à des matières fécales.

On a un moment d'hésitation, car l'anse grêle venait de se déchirer ; on repère l'anse et on continue le décollement. On arrive bientôt au fond de la fosse iliaque gauche tout près du détroit supérieur.

Sur le pédicule gauche, en suivant le pédicule, on tombe sur l'utérus fortement dévié à gauche et en avant.

Il n'est pas douteux qu'on se trouve en présence d'une tumeur incluse dans le ligament large.

Pince sur le ligament infundibulo-pelvien gauche ; section des ligaments ronds.

On décolle la vessie qui fait corps à la poche.

Pince sur l'utérus gauche. Section dn col. Hystérectomie suivant le procédé américain.

On passe facilement au-dessous de la tumeur. A aucun moment on n'a aperçu l'uretère.

Hémorragie nulle pendant tout le cours de l'opération. Les adhérences ont été exsangues.

On a enlevé un petit fibrome du col gros comme un œuf, fibrome pris pour l'utérus au cours de l'examen clinique.

On revient à l'anse extrêmement amincie, comme dévorée par les villosités qui s'insèrent à cet endroit ; résection cunéiforme sur 4 centimètres d'intestin. Suture bout à bout, un peu longue,

faute d'instruments voulus. Fixation de l'anse à la paroi. Mickulitz.

Il s'agissait bien d'une tumeur incluse dans le ligament large du côté droit ; la poche très solide en avant, plus mince au fond, extrêmement mince à gauche, à l'endroit où s'insérait le placenta au niveau des adhérences de l'anse intestinale.

Enfant pesant 2.480 grammes, mesurant *48 centimètres*. Poids de la poche : *820 grammes*.

OBSERVATION III *bis*

Clinique Tarnier (n° 196).

29 janvier 1926. — Pr Brindeau, D. D. (Anest.).

Mme A. S..., I-pare de 28 ans.
Entrée à la salle de travail, *25 janvier 1926*.
Parents vivants et bien portants.
Pas de collatéraux.
A toujours bien marché.
Réglée à 13 ans 1/2.
Règles régulières, peu abondantes, peu douloureuses.
Rougeole de l'enfance, suivie de pleurésie.
13 ans. Point appendiculaire suivi de péritonite.
Dernières règles le 17 mai.
A terme à l'entrée dans le service.
A terme lors de l'intervention.
Urines normales pendant la grossesse.
Grossesse normale suivie par le Dr F.

26 janvier 11 h. 30. — Envoyée au Professeur Brindeau par Dr F., pour opération immédiate.

Laparotomie pour grossesse extra-utérine chez femme enceinte de 8 mois. Enfant vivant. Femme ayant fait une rupture incomplète de la poche.

Tableau d'occlusion intestinale. Diagnostic posé avant l'intervention. Possibilité de grossesse extra-utérine. Diagnostic rejeté à cause de la position du col qui est normale et du ballottement vaginal. On pense plutôt à un kyste tordu.

Dans la fosse iliaque gauche, on sent une masse dure et tendue, peu ballotante : c'est l'utérus. Ce qu'on croit être l'utérus est tendu d'une façon permanente. Les bruits du cœur sont non perçus ou isochrones au pouls maternel.

Anesthésie à l'éther.

Incision allant du pubis à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On entre directement dans la cavité péritonéale. On s'aperçoit que la cavité contient du sang.

La poche fœtale ressemble à un utérus gravide plus mince et présente des vaisseaux longitudinaux et verticaux que l'on n'ob-

serve pas dans le cas d'utérus. La poche est libre en avant : on l'incise et on sort un fœtus qui crie tout de suite.

Examen de la poche : Elle est épaisse en avant et en bas, et très mince en haut.

Le dôme du kyste fœtal est en rapport infime avec le mésentère et l'intestin grêle. On se rend un compte très net que si l'on voulait enlever la poche, l'hémorragie serait grande et impossible à arrêter, car le mésentère est aminci et présente des sinus veineux énormes.

On a une hésitation pour savoir si on doit marsupialiser ou laisser le tout.

On se décide pour cette deuxième méthode, très facile, et on laisse le placenta. Un seul incident : l'hémostase de la partie supérieure de la poche est difficile ; on y arrive par des points en *u*.

On essaie de se rendre compte de l'état des pièces : on ne voit plus l'utérus qui doit être dans la fosse iliaque gauche.

On libère une anse coudée sur le côlon même et qui devait être la cause de l'arrêt des gaz.

On a trouvé dans la cavité deux lames de caillots, grands comme les 2 mains.

Quantité de liquide amniotique normale.

Fille vivante, pesant 3.000 grammes.

La tête a la formes brachicéphale, à cause de la saillie des 2 bosses pariétales. La tête enfoncée entre les épaules. Les cheveux implantés bas, si bien qu'il y a un cas de cou court.

Le côté droit du maxillaire inférieur est moins développé que le côté gauche. Il n'y a pas de malformation des oreilles. Les lobules sont peu développés, les oreilles bien ourlées.

Petite fontanelle antérieure.

Fontanelle de Gerdy.

Fontanelle métopique.

Pas de fontanelle postérieure.

Diamètres de la tête fœtale :

O.M.	11,5
O.F.	10,5
S.O.B.	9,9
S.O.F.	10
B.I.T.	7,5
B.I.P.	10,7
S.M.B.	10

26 juin 1926. — Au toucher, utérus petit, légèrement dévié à gauche et en arrière ; on sent très nettement une masse rénittente, non douloureuse grosse comme une orange (dans la fosse iliaque gauche).

Enfant, 5 mois, va parfaitement.

29 juin 1926. — Ventre absolument souple, plat ; cul-de-sac libre. Utérus de volume normal.

Impossibilité de trouver trace du placenta.

OBSERVATION IV

Clinique Tarnier (nº 665.) — Année 1925.

D.C., II-pare de 34 ans.

Père vivant.

Mère décédée d'une fluxion de poitrine.

A marché à 3 ans.

A toujours bien marché.

Réglée à 14 ans.

Règles régulières, peu abondantes, durant trois jours.

Premier accouchement en 1913, à terme, spontané ; fille élevée au biberon, actuellement bien portante.

Procréateurs différents.

Date des dernières règles : juin

Urines normales pendant toute la grossesse ; cependant, à Tarnier :

Pigments biliaires ;

Et quelques colibacilles.

9 avril 1925, 10 h. 30 (M. Brindeau D.B.) :

Ablation d'un kyste fœtal du côté gauche.

Grossesse extra-utérine de *7 mois* avec rétention de *fœtus mort*. Anesthésie à l'éther.

L'abdomen est gros comme celui d'une femme enceinte de 7 mois environ. On arrive directement sur la tumeur qui ne présente que quelques adhérences à la paroi. Ces adhérences sont très friables. On libère facilement les adhérences aux anses intestinales, on les sectionne aux ciseaux sans grandes difficultés. Le sac fœtal est alors extériorisé, la tumeur est nettement pédiculée, il est facile de l'enlever comme un kyste de l'ovaire. La trompe est nettement visible. On en laisse 1 cm. 1/2 près de l'utérus. Les annexes du côté droit étant saines, on les laisse en place. Révision de la cavité abdominale. On s'aperçoit que la face postérieure de la tumeur était tellement adhérente qu'elle a arraché le péritoine sur une longueur de 5 centimètres environ, sur une largeur de 2 travers de doigts.

Hémorragie en nappe, on aperçoit battre les gros troncs sanguins postérieurs. Fermeture sans drainage. Opération facile.

Suites opératoires légèrement fébriles.

OBSERVATION V

Clinique Tarnier (nº 182). —Année 1925.

D.R.,I-pare de 22 ans.

A marché à 1 ans.

A toujours bien marché.

Réglée à 14 ans.

Première grossesse : accouchement sous anesthésie à terme ; enfant mort-né.

Date des dernières règles : du 15 au 17 février.

Secondipare de 22 ans vient consulter à la clinique le 16 novembre.

Grossesse près du terme. Utérus ramolli.

Bruits du cœur non perçus.

La femme est mise au dortoir des femmes enceintes. Son premier enfant est né mort après une intervention sous chloro, à Tenon, en 1919.

Grossesse actuelle aurait été normale. Pas de mouvements actifs depuis au moins quelques jours. Pas de bruits du cœur.

Utérus mou de 6 à 7 mois.

Segment inférieur non formé.

Quelques pertes depuis quarante-huit heures.

Température 37 degrès.

21 novembre. — Utérus paraissant un peut rétracté aucune contraction.

Toucher. — Pas de segment inférieur, col très élevé, fermé, dur. L'orifice externe n'est pas du tout perméable. Le toucher ramène un peu de sang.

9 h. 45. — Anesthésie rachidienne.

1 h. 55. — 1/4 de centimètre cube, aucune contraction.

10 h. 05. — 1 centimètre cube d'hypophyse, aucune contraction.

10 h. 35. — 1 centimètre cube d'hypophyse.

26 novembre. — Perd un peu de sang.

3 décembre. — Aucune douleur. Perd à peine quelques saletés brunâtres.

6 janvier. — Fœtus mort. Pas de travail (Pr Brindeau).

11 janvier. — Pas de travail, perd un peu de sang.

26 janvier à 10 heures : le Pr Brindeau examine la femme sous anesthésie et diagnostique une grossesse extra-utérine probable avec rétention de fœtus mort.

29 janvier. — On intervient.

W. — *Légèrement positif*.

M. Brindeau, L. I. :

Hystérectomie pour grossesse extra-utérine à terme.

Rétention du *fœtus mort*.

Anesthésie à l'éther.

Longue incision dépassant l'ombilic.

On arrive directement sur la tumeur, qui est libre dans la cavité péritonéale. Aucune adhérence, sauf au niveau de l'épiploon qu'on résèque.

A l'examen *in situ*, on s'aperçoit qu'il existe une tumeur grosse, ronde, qui remonte dans la cavité abdominale, qui ressemble vaguement à l'utérus.

Il existe de grosses veines circulaires à sa surface.

Tangent à cette tumeur, à gauche, on aperçoit l'utérus qui a la forme d'un fuseau très allongé, pas très gros. Le ligament rond du côté gauche est caché et profondément enfoui à gauche.

Les annexes gauches sont descendues dans le Douglas.

Le ligament rond à droite, passe en écharpe sur la face antérieure de la tumeur.

La trompe semble (?) passer sur son sommet.

L'utérus, dont la partie sus-vaginale du col est très étirée, est non seulement dévié, mais oblique ; le sac ectopique prend son insertion sur une très large surface. Il aurait été impossible de le séparer de l'utérus.

Hystérectomie. Ligature des ligaments ronds, des ligaments infudibulo-pelvien gauche, puis droit. Pince sur l'utérine gauche, section du col.

Ablation de l'appendice. Pince sur le ras du col à droite.

Il devient alors très facile de désinsérer la tumeur de ses attaches au ligament large. En sectionnant le pédicule, on s'aperçoit que l'artère utérine n'avait pas été liée et que tout le paquet vasculaire était refoulé en haut et en avant.

Pince sur les vaisseaux avant de les sectionner. Ligature des pédicules. Suture du col. Péritonisation.

Au moment où on lie le pédicule infundibulo-pelvien, on s'aperçoit que la pince avait été placée au ras de l'uretère. Celui-ci n'a pas été touché.

On termine par l'ablation de l'appendice.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION VI

Clinique Tarnier (n° 2616). — Année 1924.

B. E..., 31 ans, II-pare (une fausse-couche).

29 novembre. — 2 masses, une en avant, une en arrière.

Rétroversion d'un utérus gravide et fibrome en avant (?).

Surveiller les urines, les mettre dans un bocal.

Salle I.

A opérer lundi (MM. Brindeau Vaudescal).

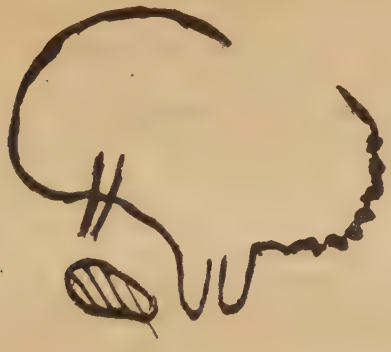
Col qui est un peu ramolli, refoulé en avant.

Une déchirure latérale à gauche.

Au-dessus de la symphyse, masse qui remonte à 2 doigts de l'ombilic ; de dureté régulière, ne paraissant pas se contracter, sur les 2 côtés. Ligaments ronds perceptibles. Dans le Douglas, masse en croissant *très douloureuse*, irrégulière, se prolongeant sur les côtés.

L'impulsion sur le fond par la main abdominale se transmet au col et non à la tumeur.

Au toucher rectal, la masse paraît volumineuse (orange)



bombée en arrière. Sa surface est très irrégulière ; sensation de fluctuation par place.

Dernières règles du 15 août 1924.

1er décembre 1924, 11 h. 30. (M. Brindeau, V. S.) :

Laparotomie exploratrice pour grossesse extra-utérine (diagnostic incertain).

On extrait un *fœtus de trois mois vivant.*

Incision verticale dépassant l'ombilic ; on arrive directement sur une tumeur du volume d'une tête de fœtus. Cette tumeur est adhérente en haut au grand épiploon et au colon pelvien. On commence à libérer cette tumeur en sectionnant l'épiploon et on cherche à se faire du jour du côté de Douglas.

A ce moment, on effondre la poche, il s'écoule du liquide amniotique entraînant un cordon ombilical. On extrait un fœtus de trois mois environ, vivant.

On libère difficilement la poche tubaire et, au-dessus d'elle, on trouve une hématocèle de caillots noirs.

La poche était partiellement rompue dans le Douglas.

Ablation du kyste fœtal.

On est obligé d'assurer l'hémostase à plusieurs reprises parce qu'elle saigne en nappe.

L'utérus est recouvert de caillots. Le tout est adhérent.

Il est impossible de vérifier les annexes du côté droit. On laisse l'utérus et les annexes. Mickulictz.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Anesthésie à l'éther.

Suites opératoires normales, non fébriles.

OBSERVATION VII

Clinique Tarnier (n° 167.)

24 janvier 1924, 10 h. 30, M. Vaudescal, C., J. :

M. S..., 18 ans, Primipare.

Laparatomie pour grossesse extra-utérine.

Laparatomie médiane, sous-ombilicale pour grossesse extra-utérine de 2 m. 1/2 environ.

A l'ouverture de l'abdomen, on se rend compte immédiatement qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine.

La tumeur fœtale est constituée de deux parties : un gros kyste hématique qui occupe le Douglas et qui se rompt pendant les manœuvres que l'on fait pour l'extérioriser.

Et une tumeur de la grosseur d'une mandarine dont on pratique l'exérèse, ainsi que de la trompe et de l'ovaire du même côté.

Ligature des pédicules.

Ceci fait, on constate que les parois du kyste sanguin du Douglas sont fortement adhérentes au péritoine et qu'il est difficile d'en faire l'exérèse complète.

Les parois du kyste sont le siège d'une petite hémorragie que l'on décide d'arrêter en mettant une mèche dans le Douglas. L'appendice est sain ; on le laisse.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Anesthésie à l'éther.

OBSERVATION VII *bis*.

Clinique Tarnier (n° 167 *bis*.). — Année 1924.

A. M..., 40 ans.

Mère vivante, bien portante.

Père décédé de vieillesse.

A toujours bien marché.

Réglée à 13 ans. Règles régulières.

N'a jamais eu de maladie.

Premier accouchement en 1906, spontané, à terme ; garçon vivant, actuellement bien portant.

Suites de couches normales.

Deuxième accouchement en 1908, spontané, à terme ; fille bien portante actuellement.

Suites de couches normales.

Troisième accouchement en 1923, spontané, à terme ; garçon vivant pesant 4.200 grammes actuellement vivant.

Retour de couches normal.

Quatre mois après, commence à perdre journellement un peu de sang.

Le docteur la soigne avec des tampons pour métrite.

Puis, un autre docteur, pense à un fibrome.

24 janvier, 11 h. 30 M. Brindeau, L. S... :

Ablation des annexes droites pour grossesse ectopique probable. Appendicectomie.

Incision verticale sous-ombilicale.

On aperçoit immédiatement la tumeur grosse comme le poing, irrégulière, qui déborde le détroit supérieur et qui est recouverte de quelques flaques de sang.

Utérus un peu gros à grand axe transversal.

La tumeur est facilement énucléée et extirpée.

Annexes gauches normales. L'ovaire cependant est un peu plus cicatriciel qu'à l'ordinaire. Il n'y a pas de follicule de Graaf.

On termine par l'appendice qui est rétro-coecal et que l'on extirpe de la base vers l'extrémité.

Anesthésie à l'éther.

Examen de la pièce. — Tumeur irrégulière, bosselée. On y voit par transparence un liquide chocolat. La tumeur est constituée par une trompe distendue par un gros caillot, l'ovaire étant appliqué à sa surface. On en prend un morceau pour examen histologique.

Suites opératoires non fébriles, normales.

OBSERVATION VIII

Clinique Tarnier (n° 101).

16 janvier 1924, 11 h. 30 (P. Brindeau) :

H. J..., 22 ans. Primipare.

Laparatomie pour hémorragie utérine par avortement tubaire.

Castration bilatérale.

Anesthésie à l'éther.

Incision dépassant l'ombilic. On arrive immédiatement dans la grande cavité péritonéale. L'épiploon forme antérieurement un tablier qui masque la poche. On le résèque immédiatement. Derrière l'épiploon, se trouve un flot de caillots et de vieux sang liquide. La main plonge derrière la poche et la libère. A ce moment, le kyste fœtal se rompt et un fœtus se précipite au dehors. Il est macéré et donne l'impression d'une grossesse de deux mois à peine.

Ablation facile de la poche.

L'utérus est très gros, adhérent, recouvert de caillots. On examine le côté droit qui est malade. Ablation des annexes de ce côté. Nettoyage de la cavité péritonéale qui contient pas mal de sang.

Fermeture sans drainage.

La trompe démontre que la quantité de sang qui se trouvait dans le ventre provenait de l'extrémité de son bord externe, extrêmement dilaté. La poche elle-même est amincie, principalement au bord opposé au méso.

De l'autre côté, la trompe est distendue par du liquide séro-sanguinolent.

Suites opératoires, à peine fébriles.

OBSERVATION IX

Clinique Tarnier (nº 58o).

3 avril 1923 (M. Brindeau, R. T.):

F. E., 42 ans, II-pare.

Hystérectomie pour grossesse extra-utérine de *6 mois* environ. Fœtus *vivant*.

Longue incision sous-ombilicale.

On arrive à trouver la cavité péritonéale en prolongeant l'incision au-dessus de l'ombilic.

En examinant les organes *in situ*, on aperçoit l'utérus très volumineux, gros comme une grossesse de trois mois environ, mou, et complètement refoulé en avant ; puis, derrière l'utérus, le kyste fœtal constitué en haut par des anses intestinales grêles à droite par le cæcum et, à gauche, par le colon pelvien.

Le tout est très vasculaire.

Pour enlever le kyste avec le minimum de danger d'hémorragie, on se décide à lier les pédicules. Ligature du ligament infundibulo-pelvien gauche ; il est impossible de lier celui du côté droit, le placenta étant inséré à ce niveau et dissociant complètement le ligament large ; l'utérus étant refoulé en avant, il est facile de sectionner le col.

A ce moment, hémorragie veineuse très intense : on place des pinces sur l'utérine.

La paroi postérieure du col étant incisée, on aperçoit la tête du fœtus qui est plongée dans le Douglas.

Ablation du fœtus, qui est vivant.

Il est ensuite possible de réséquer le sac, sauf à la partie supérieure où il n'existe pas, la poche étant constituée par l'intestin.

On arrive ainsi au niveau du ligament large droit où s'insère le placenta.

Hémorragie en nappe, abondante, qu'on arrête en plaçant des pinces sur les ligaments infundibulo-pelviens. Ligature des pédicules.

Libération des anses, incision de la lèvre postérieure du col jusqu'au vagin, ce qui permet de drainer par le vagin à l'aide d'une mèche.

On établit ensuite un dôme supérieur en accolant le péritoine vésical à l'anse sigmoïde. On ferme ainsi la poche de façon à ce que le drainage se fasse par en bas.

La péritonisation a été suffisante, sauf à droite où le péritoine très mince s'est déchiré. On place une mèche hémostatique.

En somme, il s'agissait d'une grossesse extra-utérine développée dans le ligament large du côté droit, ayant décollé le ligament large qui s'était fissuré à son extrémité supérieure ; mais n'ayant pas produit d'hémorragie interne parce que les intestins étaient venus former un toit protecteur.

Le placenta était inséré à la base du ligament large et avait empiété sur toute la paroi pelvienne.

Le placenta n'était, du reste pas très adhérent. On a pu l'enlever complètement. Le centre de l'insertion paraissait répondre aux vaisseaux iliaques internes qu'on voit battre sous les yeux.

Poids du fœtus : *920 grammes*.

OBSERVATION X

Clinique Tarnier (n° 1.108). — Année 1923

T. Y..., 27 ans, I-pare.
Dernières règles, 21 avril.
Mariée depuis cinq ans, pas d'enfants.
Père décédé, broncho-pneumonie.
Une sœur, bien portante.
A marché à 1 an.
A toujours bien marché.
Réglée à 14 ans, irrégulièrement.
Scarlatine.
Métrite.
Abcès de l'amygdale.

Aurait des poussées fébriles le soir.

Entre pour menace d'avortement le 18 juin.

Femme très anémiée, pâle, grand amaigrissement, malade depuis le 20 mai.

Perd depuis le 21 avril.

Pertes peu abondantes, mais fréquentes. Depuis deux ou trois jours, perd davantage, mais actuellement pertes arrêtées.

Actuellement aucune douleur.

Couchée depuis le 1er juin.

Déjà soignée chez elle pour fausse couche.

Examen. — Muqueuses décolorées ;

Pouls rapide, 120 ;

Pas de vomissements bilieux ;

Etat syncopal à son entrée ;

Refroidissement, dyspnée ;

Pas de pertes de sang ;

Utérus atteignant presque l'ombilic, allongé, déplacé vers la gauche, dur.

Au toucher. — Col refoulé à gauche, long, fermé.

Cul-de-sac gauche effacé ;

Cul-de-sac droit libre, non douloureux ;

Cul-de-sac antérieur, on sent l'utérus sensible, mobile, pas de ballottement vaginal ;

Bruit du cœur non perçus.

Examen des poumons : Obscurité respiratoire du sommet droit ; pas de bruits surajoutés.

Rate, foie et *cœur.* — normaux.

Pas d'adénopathie ;

Réflexes très faibles ;

Langue saburrale ;

Constipation.

Examen du sang, le 21 juin. — Globules rouges : 7.400.000.

Globules blancs : 7.400.

Poly, 97 %.

Eosinophyles, 0.

Grands mononucléaires, 2.

Myélocytes. 0.

Lymphocyte, 1.

Hémoglobine de 35 à 40 %.

Le 22 juin. — Utérus en antéflexion, un peu gros.

Col un peu mou.

Masse dans la fosse iliaque gauche, volume du poing, rénitente (Pr Brindeau).

23 juin 1923 (Pr Brindeau L. H.) ;

Laparotomie pour grossesse extra-utérine gauche. Femme très anémique. Anesthésie à l'éther.

Incision sous-ombilicale.

On arrive immédiatement sur la vessie qui remonte presque jusqu'à l'ombilic. On passe à côté, du côté gauche. On met à nu le péritoine rempli de caillots noirs et de sang liquide.

La poche salpyngienne est grosse comme le poing environ, n est pas adhérente ; on la libère facilement.

Pendant ces manœuvres, la poche se rompt et laisse sortir un fœtus *macéré de 3 mois* environ.

Suture des pédicules.

L'utérus est gros et mou. La trompe droite est adhérente mais saine.

Il reste encore une poche anté-utérine que l'on croit être la vessie. On s'en assure : c'est bien elle.

Nettoyage du péritoine qui contient beaucoup de sang.

Fermeture sans drainage.

Le fœtus est *mort depuis peu de temps*. La poche est constituée par la trompe distendue. Elle est largement rompue.

Le placenta est hémorragique et présente plusieurs noyaux rouges (*môles sanguines*).

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XI

Clinique Tarnier (no 1.318).

Année 1922 (M. Metzger, V. de M.) :

P. G..., I-pare de 26 ans.

Laparotomie pour grossesse extra-utérine à terme avec enfant mort.

A l'ouverture du ventre, on a de la peine à inciser le péritoine qui est mince et adhérent.

On ponctionne le kyste avec un trocart, il s'écoule un liquide brun, chocolaté, qui est caractéristique avec la macération.

On incise le kyste largement ; on extrait le fœtus en le tirant par un pied ; pour la tête derrière on fait une perforation. On saisit le bord du crâne avec une pince à col, la tête vient facilement sans se vider.

On vérifie, comme on le prévoyait, qu'il est impossible d'enlever la poche.

On fait une marsupialisation à la soie.

Tamponnement de la poche.

Anesthésie au chloroforme.

OBSERVATION XII

Clinique Tarnier (n° 554).

Avril 1922 (M. Metzger V. L.) :

F. L..., I-pare de 27 ans.

Laparotomie exploratrice.

Extraction d'un fœtus *macéré* d'une grossesse extra-utérine.

Incision para-ombilicale descendant assez bas.

On tombe sur une tumeur médiane, arrondie, grisâtre, à reflets verdâtres, qui n'a pas la coloration d'un utérus gravide. On pense qu'il s'agit d'un kyste fœtal.

On vérifie : la tumeur est adhérente au niveau de sa face antérieure et, probablement, de sa face postérieure.

On décide de ne pas essayer l'extirpation de la tumeur.

On protège le péritoine tout autour et on incise. Il s'écoule un liquide brun verdâtre, sans odeur : liquide amniotique.

Fœtus macéré.

On tombe sur la région de l'épaule gauche du fœtus. La tête est en haut.

Pour éviter d'agrandir la brèche, on sectionne le cou du fœtus et on extrait séparément, d'abord le tronc, puis la tête. On assèche la poche ; on tente d'extraire le placenta ; celui-ci est très atrophié et on ne trouve nulle part de plan de clivage.

On décide de laisser les choses en place.

On termine la marsupialisation. On ferme au-dessus et au-dessous et on place un Mickulictz dans la poche.

Opération sans incident.

OBSERVATION XIII

Clinique Tarnier (n° 2,210).

17 novembre 1921, M. Metzger V. B. (Stérilisation du 15 nov.).

Mme P. A. M..., 24 ans, II-pare.

Colpotomie suivie de coeliotomie abdominale pour grossesse extra-utérine.

Au moment de placer une valve dans le vagin, on voit s'écouler du pus dont on ne voit d'ailleurs pas l'origine.

Colpotomie, et on tombe sur des caillots qu'on évacue au doigt et à l'aide d'une compresse montée sur une pince.

Après quoi, on sent une partie fœtale qui ressemble à une tête molle. On l'extrait à l'aide de pinces ainsi que le tronc du fœtus qui est *macéré* et qui semble être, par son volume, de 4 mois 1/2 de gestation.

On tente de faire le tamponnement de la poche, mais il s'écoule du sang rouge en assez grande quantité. La malade pâlit quoique le tamponnement paraît avoir arrêté l'hémorragie.

Pourtant, à cause de l'état grave de la femme (plus de pouls) on pense plus prudent de procéder à une laparotomie haute.

Huile camphrée.

Incision médiane sous-ombilicale longue.

Il n'y a pas de sang dans le ventre. On trouve une masse du volume d'une tête de fœtus, rouge, bien limitée, sur laquelle

adhèrent, un peu en arrière, quelques anses intestinales On a l'impression qu'il s'agit d'une lésion intra-ligamentaire.

La masse étant à gauche, on procède à l'hystérectomie latérale de droite à gauche.

Ligature des pédicules utéro-ovariens droits, du ligament rond, de l'utérine. Section du col de l'utérus en arrière dans la masse de la grossesse extra-utérine dont on évacue le placenta.

La poche vide ne saigne plus. Ligature des pédicules.

On met un drain dans la poche en le faisant sortir par l'incision de la colpotomie. Mèche. Tamponnement qui sort par le même orifice.

Par dessus, on péritonise complètement à droite. Cloisonnement à gauche en ramenant la partie inférieure du rectum et le colon sigmoïde.

Suture du péritoine en avant.

Le petit bassin est complètement fermé.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Chloroforme.

Adrénaline 1 centimètre cube. Sérum 1.000 grammes.

24 novembre. — Ablation de la mèche et du drain vaginal.

Odeur de sphacèle et, en effet, la plaie de la colpotomie a une coloration verdâtre. On trace un drain en T (Metzger).

Suites opératoires pathologiques.

Isolement.

Partie en bon état le 10 décembre.

OBSERVATION XIV

Hôpital de la Pitié (n° 1017).

25 août 1919 (M. Brindeau).

M. I..., 32 ans, II-pare.

Laparotomie pour grossesse extra-utérine côté droit, d'environ trois mois.

Anesthésie à l'éther.

Incision sous-ombilicale. Il s'échappe immédiatement un sang fluide.

La main plonge immédiatement dans le Douglas et ramène au dehors le kyste tubaire.

Le fœtus qui était partiellement engagé dans l'orifice de la rupture sort au moment de la manœuvre.

Le kyste tubaire, très pédiculé, est facilement réséqué entre deux pinces. Ligature du pédicule. Utérus gros, mou, recouvert d'adhérences fermes. Le cœcum est également recouvert d'adhérences. On nettoie le péritoine qui contient une grosse quantité de liquide.

Le Douglas était également rempli de caillots noirs.

Nettoyage incomplet du péritoine, drain.

Fermeture en un plan.

La pièce montre qu'il s'agit d'une grossesse ampullaire ; le kyste fœtal ayant le volume du poing, très aminci. On s'aperçoit qu'il n'y a pas de rupture, mais un avortement tubaire abdominal permettant l'introduction du pouce. C'est par cet orifice qu'est sorti le fœtus.

La tête du fœtus, qui est dans l'abdomen, présente une bosse séro-sanguine ecchymotique avec œdème, tandis que le tronc reste pâle.

Le fœtus paraît présenter des déformations, dont la flexion de la jambe sur la cuisse.

L'ovaire droit qui a été extrait en même temps présente deux corps jaunes ; l'un kystique, l'autre normal.

Utérus mou (peut-être grossesse tubaire et utérine).

(Femme revue deux mois après : pas de grossesse utérine).

OBSERVATION XV

Hôpital de la Pitié (nº 211).

6 février 1920 (M. Brindeau G.).

S. L..., 39 ans, II-pare.

Hystérectomie pour grossesse extra-utérine d'environ 4 mois.

Diagnostic : grossesse compliquée de fibrome.

Longue incision dépassant l'ombilic ; le ventre ouvert, on s'aperçoit immédiatement qu'il s'agit d'une grossesse ectopique.

L'utérus gros et mou est refoulé en avant et à droite, la masse ectopique dépassant le détroit supérieur et présentant à la surface des varicosités considérables dans le volume.

On décide d'enlever l'utérus, et on l'attaque dans le côté droit. Ligature des ligaments ronds. Ligature des ligaments infundibulo-pelviens. Ligature de l'utérine droite, décollement du péritoine antérieur.

Pour éviter l'hémorragie, on sectionne le col d'avant en arrière, on lie l'utérine gauche au ras du col et on plonge aussitôt les mains dans le Douglas pour décoller la tumeur.

Celle-ci se rompt et l'on sort un fœtus *vivant*, volumineux.

On libère la poche, on s'aperçoit que l'uretère, complètement dissocié, passe en écharpe au devant du ligament. On le libère soigneusement et on termine l'extirpation.

Hémorragie en nappe modérée. Ligature des pédicules.

Exploration du petit bassin, complètement dénudé. On y reconnaît tous les petits organes qui y sont contenus normalement.

2 varices de la veine utéro-ovarienne qui dorment, sont liées à part.

Cloison du petit bassin.

Fermeture sans drainage.

Examen de la pièce : Il s'agit d'une grossesse tubaire primitive devenue intra-ligamenteuse. Il n'existe pas de décollement puisque l'on ne trouve nulle part de caillots anciens.

Opération facile grâce au procédé opératoire employé, c'est-à-dire ablation primitive de l'utérus.

Anesthésie au chloroforme : Lemkar.

OBSERVATION XVI

Hôpital de la Pitié (nº 535).

7 avril 1920 (M. Le Lorier G.).

Mme C...

Femme opérée en novembre 1908 pour grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au sixième mois. Œuf mort au moment de l'intervention.

Revient pour douleurs abdominales avec éventration.

Ablation du tissu cicatriciel cutané par une incision curviligne En avant de la paroi, une anse intestinale adhérente est ouverte; on la libère soigneusement sur toute son étendue après avoir mis des pinces à coprostase ; les adhérencss sont nombreuses et très solides.

On est obligé, pour ainsi dire, de sculpter l'anse intestinale dans la paroi, suture de l'intestin par un double plan continu et l'intestin adhère complètement à la corne utérine droite. On en fait la libération.

On libère également les anses adhérentes entre elles, puis l'intestin paraissant bien libre, on referme le ventre en reconstituant la paroi à l'aide d'un dédoublement de la gaine des droits qui permet de faire une suture en 2 plans.

Fermeture de la peau par une série d'agrafes nikel.

Anesthésie à l'éther.

OBSERVATION XVII

Hôpital de la Pitié (nº 346).

26 février 1921 (M. Brindeau).

G. M..., 27 ans.

Laparotomie pour grossesse extra-utérine *de 5 mois.*

Fœtus *vivant*. Femme opérée en état de shock.

Longue incision.

On arrive immédiatement sur le kyste fœtal, qui s'est fissuré, car il y a du sang dans le ventre.

Le sac est doublé en avant du grand épiploon qui lui forme comme un tablier ; la tumeur est adhérente sur les parties latérales et au petit bassin.

La main va à la recherche de l'utérus qui est gros comme un poing, mou, derrière la symphyse. Il est facile de poser une pince sur le pédicule infundilo-pelvien du côté droit, côté de la grossesse.

On cherche ensuite à décoller le kyste, mais celui-ci se rompt

Extraction du fœtus et du placenta.

Ablation de la plus grande quantité de la poche.

Hémostase assez difficile.

La veine iliaque interne gauche, très déchirée, saigne abondamment, toilette sommaire du péritoine.

Une mèche dans le Douglas.

Transfusion. — 300 grammes pris au mari.

Poids du fœtus : 920 grammes.

OBSERVATION XVIII

Hôpital de la Pitié (n° 1293). — Année 1921.

L. J..., 20 ans, I-pare.

Entre le 11 juillet.

Père décédé d'albuminurie à 56 ans.

Mère décédée de cardiopathie à 58 ans.

Réglée à 11 ans irrégulièrement.

Rougeole.

Coqueluche.

Dernières règles du 4 au 8 mars.

Entrée dans le service à 4 mois 1/2 environ.

Urines normales.

Etat général bon.

Est venue à la consultation le 9 juillet.

Entre le 11 juillet à la Pitié.

En mars, suppression des règles,

Avril et mai, *idem*.

En juin, pertes espacées.

En juillet : règles du 2 au 5 normales.

Au toucher, on trouve un col dur, fermé, utérus dévié à droite et en avant.

A gauche, tumeur du volume d'une petite orange.

Probabilité de grossese extra-utérine arrêtée dans son développement.

13 juillet 1921 (M. Brindeau B.).

Laparotomie pour grossesse extra-utérine.

Incision longitudinale.

Anesthesie au protoxyde d'azote ; mauvaise au début ; mais probablement que l'appareil n'était pas étanche. On éprouve des

difficultés au moment où on veut placer la valve, mais aussitôt après, l'anesthésie devient suffisante.

A l'ouverture du ventre, on s'aperçoit que les anses intestinales sont agglutinées par des adhérences friables et juteuses.

Le gros intestin recouvre les organes génitaux.

Il est facile de décoller les adhérences ; on se rend compte des lésions et on s'aperçoit que les annexes gauches sont volumineuses (une mandarine), arrondies et descendues profondément dans le Douglas. Les adhérences sont assez intimes mais cependant faciles à détacher. On commence par lier le pédicule externe, puis le pédicule interne.

Ablation facile de la tumeur ; il existait un peu de sang dans le Douglas.

Ligature des pédicules.

Ablation de l'appendice.

Fermeture en 3 plans.

Examen de la pièce : grossesse tubaire externe *morte* ; petit *fœtus macéré* donnant l'impression d'une grossesse de cinq semaines environ.

OBSERVATION XIX

Hôpital de la Pitié (n° 1864). — Année 1921.

Mme V..., I-pare, 31 ans.

Entrée à la salle de travail le 29 octobre à 9 heures.

Parents décédés : une sœur vivante et bien portante.

A toujours bien marché.

Réglée à 14 ans 1/2.

Grippe en 1918.

Dernières règles du 8 au 13 juillet.

Grossesse de trois mois à l'entrée dans le service.

Etat général bon.

29 octobre. — Est admise à la Pitié pour pertes de sang.

Dernières règles le 12 juillet. N'a pas eu de règles depuis juillet.

A toujours souffert dans le ventre depuis le début de sa grossesse.

La veille, le 28 octobre, a eu des coliques violentes et elle a expulsé des morceaux de membranes.

A l'examen : Au palper, on sent une masse de volume d'un utérus de 3 mois remontant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Au toucher : col mou, plaqué contre la symphyse ; en arrière, on sent une masse dure, douloureuse qui bombe dans le Douglas et qui est séparée du col par un sillon bien marqué.

Au niveau des annexes, on sent à droite, rien ; à gauche, la masse utérine semble se continuer dans la fosse iliaque gauche.

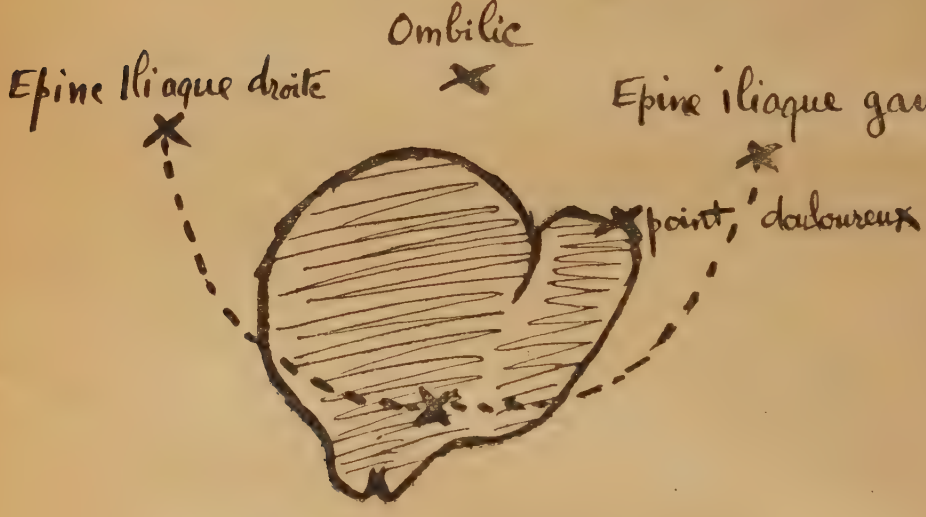
29 octobre 1921 (M. Brindeau) :

Laparotomie pour grossesse extra-utérine de *3 mois environ, morte depuis trois semaines*.

Femme grasse. Anesthésie à l'éther.

Longue incision dépassant l'ombilic.

Le péritoine de la paroi inférieure de l'abdomen est intimement adhérent à l'épiploon qui forme un paquet très volumineux.



On s'aperçoit tout de suite que c'est une grossesse extra-utérine, car on voit du sang noir avant d'inciser le péritoine.

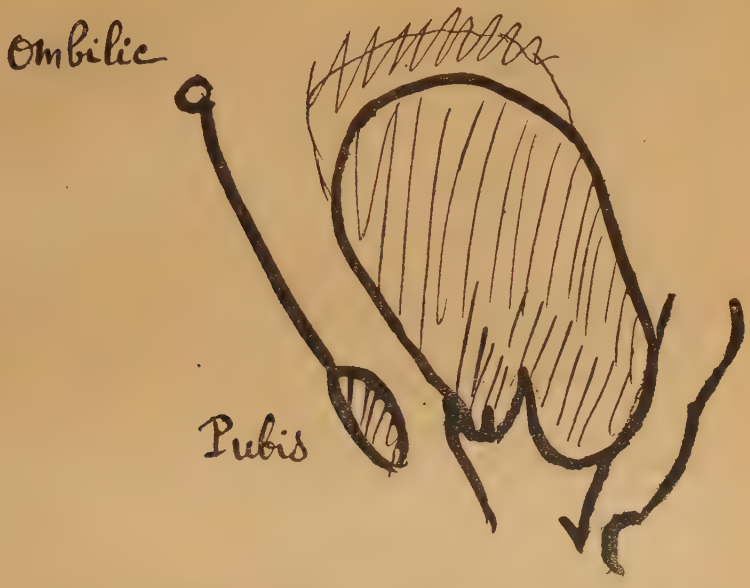
L'utérus gros est rétro-pubien, refoulé par l'hématocèle et la masse annexielle droite. On plonge la main dans le Douglas et on ramène sans grande difficulté la trompe droite du volume d'un petit poing contenant des caillots noirs. Il existe à ce niveau une déchirure à l'emporte-pièce de la largeur d'une petite paume de main.

Résection de la trompe entre deux ligatures.

On replonge la main dans le Douglas et on ramène un *fœtus momifié*.

On examine les annexes du côté gauche, qui sont très adhérentes au fond du Douglas. On les ramène avec difficulté et on s'aperçoit que la trompe est obstruée.

Stomatoplastie à l'extrémité du pavillon.
Suture en trois plans sans drainage.



Suites opératoires. — Poussée fébrile à 39 degrés ; pouls 160 pendant deux à trois jours ; puis suites opératoires normales.

OBSERVATION XX

Clinique Tarnier (nº 1363)

8 novembre 1918 (M. Lequeux, C. O.-B) :
S..., 38 ans, III-pare.

Laparotomie pour grossesse extra-utérine *morte* et *datant de dix-huit mois*.

L'incision de l'abdomen donne accès à une tumeur kystique développée aux dépens des annexes gauches et du volume d'un utérus de *6 mois* au moins adhérent largement à l'intestin en arrière.

On commence à extérioriser le kyste de l'abdomen : on décolle le péritoine très haut sur la tumeur et on arrive ainsi sur un plan de clivage qui permet aisément de séparer l'utérus de la tumeur.

Il est fait de même pour les feuillets du ligament large, entre lesquels se trouve inclus le kyste ; puis un capitonnage est fait en réunissant le bord libre du lambeau péritonéal au fond de l'utérus.

Fermeture en 3 plans.

Opération simple.

Anesthésie à l'éther.

OBSERVATION XXI

Clinique Tarnier (n° 777)

8 juin 1917 (Pr Bar, Pr Brindeau, M. D.).

D... L..., 43 ans, III-pare.

Grossesse extra-utérine *à terme, enfant mort.*

Marsupialisation.

Incision sur la ligne médiane.

A peine l'aponévrose est-elle sectionnée qu'on arrive sur deux gros vaisseaux veineux péritonéaux. On glisse alors le doigt vers la droite, là où est le dos.

On fait une petite perforation dans le sac.

Très facilement le fœtus sort, entraînant avec lui une enveloppe très mince sur laquelle on peut placer des pinces.

On explore avec le doigt le placenta qui paraît très bas et qui, au premier abord, semble facile à couper.

Après quelques hésitations, on se décide à marsupialiser, ce qui est très facile.

On tamponne le haut de la poche qui est formé par l'épiploon, et les anses intestinales avec une gaze ; on place contre le placenta, qui se présente à l'orifice, de la gaze à la ferripyrine.

Opération presque exsangue et sans incident.

Des deux mèches, celle qui porte un nœud est la supérieure. On a fait, avant l'opération, une injection sous-cutanée d'utriamine.

Anesthésie au chloroforme.

Poids de l'enfant, sexe féminin : 2.550 grammes.

9 juin — Bon état général. On change la mèche placée dans la poche.

10 juin. — Etat général moins bon. La malade est très agitée, cause tout le temps. Le pouls est bon. En changeant le pansement, on constate que le placenta est en train de se putréfier. Odeur fétide.

11 juin. — Etat général de moins en moins bon, malade très agitée. La température monte progressivement à 40 degrés. Pouls assez bien frappé. Dans la journée, la malade présente des

signes de plus en plus nets d'intoxication. Dyspnée. Légère cyanose des extrémités. Les urines qui jusque-là étaient abondantes deviennent rares et très foncées. La malade passe une nuit très agitée, et succombe *le 12 juin à 6 heures du matin*.

Elle n'a pas présenté de signes de péritonite : le ventre était souple, non douloureux. L'intestin a bien fonctionné. La mort semble avoir été déterminée par la septicémie due à la putréfaction du placenta resté en place.

Autopsie. — Faite quatre heures après la mort par le Pr Bar et M. Chome.

Le placenta est apoplectique, énorme. Il est inséré d'une part sur l'utérus, d'autre part sur une grande étendue du côlon descendant.

Il n'existe aucune poche limitée. La cavité amniotique communique avec la grande cavité. Pas de trace de péritonite.

OBSERVATION XXII

Clinique Tarnier (n° 212).

10 février 1927. — (Pr Bar, Pr Brindeau, Mlle A.)

Mme H..., 38 ans.

Laparotomie pour grossesse extra-utérine *infectée*.

Fœtus mort et putréfié donnant l'impression d'une *grossesse de 8 mois*.

Incision sur la ligne médiane.

On arrive sur un kyste fœtal. On le sépare facilement de la paroi en avant; mais, en arrière et sur le côté, l'intestin fait corps avec lui.

On isole la zone antérieure du kyste fœtal du péritoine à l'aide d'une série de fils posés en ceinture.

On incise ensuite le kyste.

On extrait un *fœtus putréfié* sans chercher à séparer le placenta de la paroi.

On remplit le kyste de bouillie lactique et on tamponne avec une gaze.

Opération sans incident hémorragie presque nulle.

Anesthésie au chloroforme.

Décédée le 11 février à 16 heures.

OBSERVATION XXIII

Clinique Tarnier (nº 859).

30 juin 1916 (Pr Brindeau, M. C., Mlle R.).

Mme B...

Laparatomie pour grossesse extra-utérine rompue *près du terme*.

Comme on avait fait le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire et qu'on pensait ne faire qu'une césarienne, on essaye l'anesthésie régionale Six piqûres en losange : le point supérieur étant à 5 travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, le point inférieur à 4 travers de doigt au-dessus du pubis ; les 4 autres sur le trajet du bord externe des droits. La femme est très sensible et très pusillanime. Cette sensibilité tient probablement à la réaction péritonéale.

Un quart d'heure après, on incise la paroi abdominale et cette incision est véritablement insensible. Mais, le ventre ouvert, comme on s'aperçoit qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine. on continue à l'anesthésie générale (Anesthésie au Schlecht).

Dès qu'on a incisé le péritoine, on s'aperçoit qu'il contient du liquide rosé, légèrement fétide. A la partie inférieure, le péritoine est, en outre, teinté de méconium.

La main introduite dans le ventre fait le tour complet de la tumeur, sauf à droite où elle est adhérente aux viscères voisins et à la fosse iliaque.

On résèque une lame d'épiploon et on sépare aux ciseaux des adhérences qui sont intimes avec le côlon ascendant et le coecum.

On peut alors extérioser la tumeur, qui est rompue à sa partie inférieure et droite.

A travers la fente, on aperçoit la peau du fœtus *macéré*.

Extirpation du fœtus.

On essaye de trouver le pédicule du kyste fœtal sans succès, on va alors à la recherche de l'utérus situé dans la fosse iliaque gauche.

Ablation de l'utérus en allant de gauche à droite.

Résection de la plus grande partie de la poche. On en laisse un petit lambeau trop adhérent à la fosse iliaque droite. Le petit lambeau, qui a la capacité d'un scrotum, est situé à la partie inférieure de la plaie.

Suture des pédicules. Fermeture de la paroi en un plan ; une mèche dans la poche qui a été *marsupialisée*.

On draine la grande cavité péritonéale.

2 juillet. — Il s'écoule de l'urine par le drain qui est dans la petite poche. Pansement. Bouillie lactique.

10 juillet. — Fistule urétérale laisse écouler de l'urine en

grande abondance. Les urines émises par l'autre rein sont claires ; pas d'albumine.

Examen du sang : globules rouges : 2.800.000 ; hémoglobine : 7 à 8 au Malassez.

Hémostyl.

7 août. — La fistule urétérale s'est complètement tarie.

Urines abondantes par la vessie.

12 août. — Vomissements dans la nuit, d'abord alimentaires, puis fécaloïdes. Pouls presque incomptable. Faciès péritonéal. Ventre souple non ballonné.

M. Brindeau pratique un *anus artificiel* sous anesthésie locale.

13 août. — Etat général un peu meilleur. La malade n'a plus vomi et n'a plus souffert depuis son opération.

14 août. — Etat général moins bon.

Le faciès se cyanose.

Les extrémités se refroidissent.

Huile camphrée.

OBSERVATION XXIV

Clinique Tarnier (nº 264).

25 février 1916 (Pr Brindeau, M. C., B.).

Mme P..., 22 ans.

Grossesse extra-utérine gauche de *2 mois 1/2* environ.

Grossesse *vivante*.

Anesthésie au Schlecht.

Incision verticale.

Il existe une tuméfaction volumineuse à gauche de l'utérus, remontant au-dessus de la fosse iliaque.

Il n'y a pas de sang dans le ventre ; mais dès que l'on commence à décoller la tumeur, il s'échappe de nombreux caillots qui viennent du petit bassin.

Décollement des annexes.

Section entre 2 pinces des extrémités de la trompe.

Ablation du kyste fœtal. Pendant le décollement, le liquide amniotique et le fœtus sortent à travers une déchirure de la poche. Ligature des pédicules.

Surjet sur le ligament large. Mickulicz.

Après l'opération, la femme est atteinte de shock assez prononcé. Le pouls est incomptable, mais l'état général devient bon assez rapidement.

Sérum.

OBSERVATION XXV

Clinique Tarnier (n° 835).

10 juillet 1915 (Pr Bar, M. J.).

Mme L...

Grossesse extra-utérine. *Marsupialisation* de la poche.

Colpotomie.

Scopolamine. Morphine. Chloroforme.

Incision sur la ligne médiane qu'on élève en haut.

On arrive sur une poche liquide adjacente au côté gauche de l'utérus.

On essaye d'extérioriser, mais la poche se déchire en arrière. On extrait le placenta facilement, sans hémorragie et, de même, le fœtus.

Le placenta est recouvert d'une énorme coque de fibrine.

On essaye de décoller l'intestin mais le plan de clivage se fait entre la musculeuse et la muqueuse. *On suture l'intestin* sur une étendue de 2 centimètres cubes environ.

On pratique l'hystérectomie. On résèque la partie supérieure de la poche extra-utérine et on marsupialise.

L'opération se termine par une colpotomie par laquelle on attire un fragment de gaze du tamponnement.

Un drain est placé dans la partie supérieure de la plaie contre l'intestin suturé.

Opération sans incident.

Poids de l'enfant *mort macéré : 1.280 grammes.*

Poids du placenta : *650 grammes.*

Suites opératoires normales.

Sort en bon état le 11 septembre 1915.

OBSERVATION XXVI

Clinique Tarnier (n° 581).

6 mai 1915 (Pr Bar, M. J.).

Mme B...,

Laparotomie pour grossesse extra-utérine.

Hystérectomie.

Scopolamine et chloroforme.

Incision sur la ligne médiane.

L'utérus couvre le kyste fœtal qui s'est développé aux dépens des annexes droites.

On pratique l'hystérectomie sans difficulté.

On fait l'hémostase utérine.

On incise le kyste sur la ligne médiane. Le *placenta* est implanté en avant, plus à droite. Le *fœtus* étant retiré, on cons-

tate qu'une anse intestinale croise le kyste immédiatement au-dessus de la brèche et adhère au kyste.

On constate des adherences en arrière.

On marsupialise. On termine par une colpotomie.

Opération sans incident.

Malade décédée le 7 mai à 21 heures.

8 mai 1915. — Autopsie faite par M. le Pr Bar.

L'examen anatomique a montré qu'il n'y avait pas d'hémorragie, ni dedans, ni au dehors du kyste.

En arrière, l'œuf était limité par le péritoine lui-même, et le point qui avait donné du sang dans le kyste quand on avait attiré au dehors l'extrémité supérieure du kyste, était un vaisseau mésentérique très superficiel qui s'était trouvé déchiré pendant cette traction.

OBSERVATION XXVII

Clinique Tarnier (nº 462).

9 avril 1915 (M. Jeannin) :

Mme E...

Grossesse extra-utérine gauche de *deux mois et demi, non rompue.*

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Au cours de l'ouverture de la paroi, il se produit une blessure du sommet de la vessie qui remonte anormalement haut. Cette blessure est immédiatement réparée à l'aide de 2 surjets au catgut.

L'utérus étant saisi à l'aide de l'hystérolabe, on isole le kyste fœtal, puis on le résèque après avoir pincé les pédicules interne et externe. Ligature de ces pédicules.

Toilette péritonéale.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Mise d'une soude à demeure.

OBSERVATION XXVIII

Clinique Tarnier (no 1449).

13 novembre 1913 (Pr Bar, M. Metzger) :

Mme C...

Laparotomie pour grossesse ectopique.

Anesthésie au Schlecht.

Après avoir ouvert la cavité abdominale, on voit un *petit fœtus* entouré de toutes parts par l'épiploon, entièrement isolé de l'utérus.

On pédiculise le fœtus et on le retire entouré de sa gangue d'épiploon.

On trouve la trompe derrière l'utérus, dans le Douglas. On peut la décoller.

On l'énuclée en grande partie puis, l'ayant un peu dégagée à sa partie supérieure par une incision entre 2 pinces, on peut l'extraire après avoir séparé les adhérences qui l'unissaient assez étroitement au col.

On trouve, ensuite, au milieu des anses intestinales, une petite poche membraneuse qu'on arrive à isoler et à extraire.

Drainage. — Suture sur 3 plans.

Couture.

OBSERVATION XXIX

Clinique Tarnier (nº 850).

28 juin 1913 (Pr Bar, Pr Brindeau).

Mme G...

Laparotomie.

Grossesse *péritonéale secondaire*.

Hystérectomie.

Anesthésie au chloroforme.

Incision sur la ligne médiane comprenant toute la partie inférieure sous ombilicale et s'élevant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

On arrive sur l'utérus qui est libre du côté gauche, et, du côté droit, est tangentiel un gros kyste.

L'enfant est libre dans le péritoine avec quelques débris amniotiques. On extrait facilement l'enfant. On coupe le cordon. On explore le kyste placentaire ; il est libre en haut, en dehors Il est fixé en bas sur le ligament large et pédiculisable.

On coupe le cordon au ras du kyste. Celui-ci se trouve rendu plus libre.

Cela fait, on attaque le ligament large du côté gauche qui es libre. On pince, on lie, on coupe le ligament rond entre 2 pinces. De même les ailerons moyen et postérieur du ligament large du côté gauche.

On arrive ensuite sur l'utérine.

On parvient à glisser une pince entre le kyste et le bord droit de l'utérus, non sans effractionner le kyste, d'où un écoulement de sang très abondant, les pinces étant cependant rapidement mises. L'utérus étant isolé rapidement, on arrive facilement à saisir le pédicule du kyste, à le pincer.

L'hémorragie s'arrête.

Ablation du kyste. Péritonisation après amputation supravaginale de l'utérus. Drainage abdominal.

Examen de la paroi de la cavité utérine.
Ablation des débris des membranes adhérentes.
Fermeture de la paroi.
Opération sans incident, ayant duré 1 h. 30.

OBSERVATION XXX

Clinique Tarnier (n° 158).

3 février 1913 (Pr Brindeau, M. L.) ;
Mme T...
Laparotomie. Hystérectomie totale pour *grossesse utérine compliquée de grossesse extra-utérine*.
Anesthésie au chloroforme.
Incision verticale dépassant l'ombilic.
L'utérus est très incliné du côté droit.
Dans le ligament large gauche, on sent une tumeur très adhérente accolée à l'utérus, recouverte en arrière par le côlon pelvien, ce qui rend son exploration difficile.
On essaye de passer la main derrière la tumeur et l'on s'aperçoit qu'elle est semi-kystique, très mince en arrière. Au moment où l'on décolle les adhérences, la poche se rompt, il s'écoule du liquide clair : c'est du liquide amniotique.
En effet, on sent dans le creux de la main, un *petit fœtus* que l'on ramène au dehors.
On coupe le cordon, on essaye de décoller le placenta, mais on s'aperçoit que celui-ci est très adhérent et qu'il s'écoule une quantité notable de sang qui coule en nappe. On place une pince sur le bord du ligament large du côté droit, ce qui n'arrête pas l'hémorragie.
On se décide alors à enlever l'utérus. On pince le ligament infundibulo-pelvien, le ligament rond, l'utérine du côté droit.
Section du col.
Pincement des ligaments du côté gauche. Il est, du reste, facile de retrouver le pédicule.
Aucune hémorragie. Ligature des pédicules, surjet sur le moignon.
Ouverture du cul-de-sac postérieur par le vagin.
On place une mèche dans le Douglas, dont l'extrémité sort par le vagin.
On recouvre la mèche avec un toit péritonéal.
Suture de la paroi en 3 plans.

OBSERVATION XXXI

Clinique Tarnier (nº 123).

24 janvier 1912, (Professeur Brindeau. C.) :
Mme V...
Laparotomie pour grossesse utérine.
Anesthésie à l'éther.
Incision verticale allant de l'ombilic au pubis.

On aperçoit immédiatement la *tumeur qui a le volume d'une tête d'enfant* ; elle est régulière, ovalaire, empiétant dans la fosse iliaque.

Il existe en avant, une adhérence épiploïque que l'on libère.

On cherche alors à passer la main autour de la tumeur et on s'aperçoit qu'elle est incluse dans le ligament large.

Le bord supérieur de ce ligament large l'entoure d'avant en arrière comme un fichu. On sectionne ce bord libre du ligament large au niveau de son insertion utérine et, après avoir effondré la poche, on décolle le sac qui est adhérent sur toute sa surface : il se déchire et laisse sortir le placenta et le *fœtus momifié*.

On extirpe tout le reste de la poche et on s'aperçoit que cela saigne en nappe au fond du petit bassin.

Surjet sur le bord supérieur des ligaments larges : 2 mèches et 1 drain.

Suture de la paroi en 3 plans.

Crins sur la peau.

ANNEXE D

Service du Professeur Brindeau. Musée de la Clinique Tarnier.

Liste des grossesses extra-utérines conservées dans le Musée.

Etagère A (numérotage de gauche à droite)

Deuxième étage :

Nº 1, grossesse de cinq mois avec grossesse ectopique.

Troisième étage :

Nos 17, grossesse interstitielle.
18, —
19, grossesse ectopique.
20, avortement tubaire.
21, grossesse ectopique.

Nos 22, grossesse ectopique.
23, tubo-ovarienne à terme.
24, grossesse ectopique à terme.
25, grossesse ectopique.
26, — chez une φ.
27, —
28, —
29, avortement tubaire, IIe temps (expulsion du fœtus).
30, avortement tubaire.
31, avortement tubaire (expulsion du placenta) IIIe temps.
32, lithopédion.
33, grossesse ectopique dans un utérus double.
34, — bilatérale.
35, —
36, —
37, avortement tubaire (Ier temps) décollement de l'œuf.
38, grossesse tubaire.
39, — ectopique.
40, —
41, —
42, lithopædion.
43, grossesse tubaire à terme.
44, grossesse ampullaire.
45, ectopion momifié.
46, lithopædion.
47, extra-utérine à terme.
48, lithopédion.
49, extra-utérine à terme.
50, lithopædion.
51, avortement tubaire.

Quatrième étage :

No 2.

Etagère J *bis* (numérotée de droite à gauche)

Quatrième étage :

Nos 2, avortement tubaire.
3, grossesse ectopique.
4, — rompue.

Table K

Nos 1, grossesse ectopique.
2, grossesse ampullaire de quatre mois avec *fœtus mal formé*.

ANNEXE E

Service du Professeur Brindeau. Musée de la Clinique Tarnier.

Liste des ectopions et des lithopédions.

Enumération.

Obs. I. — Ectopion momifié d'environ quatre mois et demi.
— II. — Lithopædion d'environ cinq mois et demi.
— III. — Lithopædion de cinq mois et demi.
— IV. — Lithopædion de cinq mois et demi.
— V. — Lithokelyphopædion de six mois.
— VI. — Fœtus de grossesse extra-utérine à terme.
— VII. — — —
— VIII. — Sac de grossesse extra-utérine à terme.
Descriptions jointes.

ANNEXE F

Service du professeur Brindeau. Musée de la clinique Tarnier.

Description des ectopions et lithopædions du Musée de la Clinique Tarnier.

OBSERVATION I

Musée de la Clinique Tarnier.

Ectopion momifié d'environ quatre mois et demi.

Il s'agit d'une masse oblongue, longue de 11 centimètres, large de 4 centimètres.

Dans l'ensemble, le fœtus est aplati, les membres sont également aplatis et comprimés contre le corps.

La tête a une longueur de 5 centimètres ; une largeur de 4 centimètres ; elle est aplatie.

La face est difforme.

Le crâne est très déformé, les membres sont ramollis et amorphes.

Les membres sont déformés.

Il y a un pied bot à gauche.

Les doigts ont une direction normale.

Le cordon ombilical est normal.

OBSERVATION II

Musée de la Clinique Tarnier.

Lithopædion d'environ cinq mois et demi.

Il présente dans son ensemble la forme d'un huit de chiffre dont la boucle inférieure est constituée par les membres inférieurs repliés sur eux-mêmes et croisés comme le sont ces membres dans la position classique du tailleur.

Longueur totale : 25 centimètres.

Longueur du sommet au sacrum : 10 centimètres.

Aurait environ cinq mois et demi.

Tête se refusant à toute description ; entièrement calcifiée, informe, où on ne retrouve plus la moindre trace des linéaments de la face.

Il n'y a pas de membres supérieurs.

Dans la région dorsale, vaste perte de substance ouvrant largement le canal médullaire et rappelant l'aspect des spira-bifida les plus complets.

Perte de substance étendue et profonde au niveau de la région sacrée qui se trouve comme perforée d'un canal semblant taillé à l'emporte-pièce.

Les membres inférieurs dénudés permettent de voir les muscles.

Ils ne possèdent ni métatarse, ni phalanges.

Les pieds sont en varus équin.

OBSERVATION III

Musée de la Clinique Tarnier.

Lithopædion de cinq mois et demi.

Ce lithopædion est entièrement plat dans son ensemble.

La tête tournée à droite est aplatie transversalement.

La face, regardant vers la droite du lithopædion, est aplatie transversalement, on la voit donc de profil, profil qui n'a rien d'humain car la face est à peine reconnaissable. Les fosses orbitaires sont à peine ébauchées, pas de pavillons auriculaires, et même l'emplacement des oreilles est impossible à retrouver.

Le thorax est aplati d'avant en arrière.

Les membres supérieurs sont mous et très aplatis, les doigts sont déformés, réduits, comprimés, on ne distingue nettement que le pouce.

La main gauche est normale.

Le ventre est ballonné, globuleux, mou, dépressible.

Les organes génitaux sont normalement conformés.

Les membres inférieurs sont arqués et en genu varum.

Il y a un pied bot varus équin à gauche.

Les pieds (et les orteils) sont, à part celà, normalement conformés.

Le cordon ombilical semble normal, mais il est inséré très bas.

OBSERVATION IV

Musée de la Clinique Tarnier.

Lithopædion de cinq mois et demi.

Dans l'ensemble il est recroquevillé sur lui-même ; nombreuses inscrustations calcaires surtout sur la face.

Tout l'occipital et le pariétal gauches sont enfoncés.

L'oreille gauche est normale. L'oreille droite est également normale.

Le front se laisse déprimer avec la plus grande facilité.

La face est remarquablement bien formée.

Le cuir chevelu est tout à fait normal.

Le bras droit est complètement atrophié. L'ensemble du bras, de l'épaule au coude, ne mesure que 3 centimèt es ; l'atrophie porte surtout sur l'avant-bras qui est presque inexistant.

On trouve seulement 2 doigts bien formés, que l'on a du mal à identifier (l'annulaire ? l'auriculaire ?)

Le bras gauche est absolument normal. Les doigts en sont parfaitement formés.

Le dos est recouvert d'incrustations calcaires.

Les membres inférieurs (et leurs orteils) sont normaux.

Les organes génitaux sont également normaux, ce sont ceux d'une fille.

Le cordon ombilical est normal.

Le placenta est épais (piriforme, réniforme), spongieux, débordant très largement la poche amniotique qui ne s'incère que sur une toute petite partie du placenta. Amnios normal.

Le cordon est inséré au milieu du placenta.

OBSERVATION V

Musée de la Clinique Tarnier.

Lithopædion de six mois environ (c'est en réalité un lithokelyphopædion).

Il est accroupi, recroquevillé, ratatiné, tassé sur lui-même. Sa tête, son abdomen et une grande partie des membres inférieurs pelotonnés, sont encore en veloppés du sac ectopique, serti de

sels calcaires, qui moule étroitement les contours du corps qu'on devine sous cette coque épaisse, infiltrée, épousant parfaitement les moindres détails.

L'ensemble est extrêmement dur, véritablement pétrifié, incrusté, nullement aplati.

La tête est celle d'un hydrocéphale. Les bosses frontales bombées sont très développées. La palpation fait percevoir des crêtes rocheuses dans le crâne, et dans les intervalles, on a, par endroit, la sensation de carton mouillé, dépressible, craquelant.

La pression bitemporale permet d'aplatir assez fortement la tête.

Par contre, le massif facial est entièrement calcifié, dur comme le roc ; on y repère à peine l'emplacement des yeux, qui sont déplacés par rapport au plan de symétrie de la face.

La cavité buccale et le nez sont remplacés par des crêtes calcaires et des épines très aiguës.

Le thorax et l'abdomen sont extrêmement durs, volumineux, globuleux.

Le membre supérieur droit est atrophié. Le nombre des pièces osseuses semble normal, sauf les dernières phalanges dont certaines manquent.

Au contraire, le membre supérieur gauche est replié le long du corps, fléchi, calcifié, extrêmement dur encore enveloppé par la gangue calcaire du sac ectopique.

Le bassin très développé est dur comme du roc.

Les membres inférieurs sont recroquevillés, les genoux appliqués contre l'abdomen.

Un fragment de la poche adhère au pied droit. Les orteils ne sont pas séparés (syndactylie).

Les organes génitaux semblent normaux. Ce sont ceux d'une fille.

OBSERVATION VI

Musée de la Clinique Tarnier.

Grossesse extra-utérine à terme.

Dans l'ensemble, fœtus déformé ne présentant pas la position naturelle classique du fœtus *in utero*.

Les pariétaux et les frontaux chevauchent l'un sur l'autre, les fontanelles sont ossifiées.

Absence du lambeau de cuir chevelu qui devrait recouvrir le frontal et le pariétal gauches.

Le nez extrêmement aplati est fracturé à sa partie moyenne.

Le front est bombé, la face est aplatie. Le massif facial est très dur.

Ce que l'on voit du cuir chevelu semble normal.

L'oreille droite semble normale.

La partie gauche de la face et l'oreille gauche sont recouverts du sac fœtal très adhérent en cet endroit.

L'occipital déplacé chevauche sur la nuque.

Au niveau du dos, perte de substance importante. Une demi-douzaine de côtes sont détachées de la colonne vertébrale.

Le membre supérieur droit est à peu près normal ; cependant les quatre dernières phalanges manquent. Vaste perte de substance au coude, les os y sont entièrement à nu.

Le membre supérieur gauche est beaucoup plus lésé. L'humérus est visible dans ses 2/3 supérieurs. L'avant-bras est complètement aplati, informe, de même que la main dont on ne distingue que le pouce et l'index.

Membre inférieur droit recroquevillé.

Membre inférieur gauche en extension. On note une très importante perte de substance de la fesse et de la cuisse droites.

Le pied droit est en varus équin.

Les pieds sont très mal formés, il n'y a pas d'orteils.

Les organes génitaux (femelles) sont normaux.

Le cordon ombilical est normal.

OBSERVATION VII

Musée de la Clinique Tarnier.

Extra-utérine à terme.

La poche dont le sac est membraneux, et translucide par endroit, est d'épaisseur variable (de 4 cm. à 1 mm.). Le cordon est fixé sur une partie amincie de la paroi de la poche.

Il y a de nombreuses brides amniotiques intra-sacculaires.

La poche est adhérente à l'utérus et greffée sur une paroi de l'utérus, en continuité directe avec le corps et le col auxquels elle est intimement unie.

De l'autre côté, les annexes sont absolument normales.

Le cordon a 20 centimètres de longueur.

Le fœtus, couvert de méconium, comprimé, enroulé sur lui-même en ovoïde, montre une tête dont la face est entièrement méconnaissable.

Le fœtus est dans la position classique du siège décomplété mode des fesses (les pieds à la hauteur du crâne).

Le petit pôle de l'ovoïde est formé par les fesses, le gros pôle est formé par la tête.

Les pieds sont appliqués et comprimés sur le sommet du crâne dont ils épousent la forme.

Massif facial, complètement déformé, est impossible à décrire.

Le cuir chevelu est normal.

Les membres sont aplatis de même que le thorax sur lequel ils se moulent afin de combler les interstices de l'ovoïde parfait que forme l'ensemble du fœtus, sans aucune solution de continuité apparente.

Les membres sont normaux mais laminés et enroulés.

OBSERVATION VIII

Musée de la Clinique Tarnier.

Grossesse tubaire à terme. Sac de grossesse extra-utérine.

Cavité aplatie transversalement mesurant dans son plus grand diamètre environ 25 centimètres.

Epaisseur de la poche variable, allant de 2 millimètres à 0 cm. 5

Attenant à cette poche : un utérus gros comme un utérus gravide de un mois et demi conservant l'annexe de l'autre côté normale.

Le sac est sessile et implanté sur l'utérus, au niveau de son angle.

Le cordon ombilical est inséré au centre du placenta et sectionné à 15 centimètres de son point d'insertion.

ANNEXE G

Service du Professeur Brindeau.

Quatre observations publiées.

(Leçons du jeudi soir. Clinique Tarnier.)

OBSERVATION I

Il s'agissait d'une femme enceinte qui avait consulté son médecin pour de petites douleurs abdominales.

La femme se plaignait, en outre, de vomissements un peu plus fréquents qu'à l'ordinaire.

Ce médecin l'adresse à un accoucheur qui, après examen, conclut que la femme était enceinte de sept mois. Il fut convenu qu'il devait l'accoucher.

Un mois plus tard, la tête n'était pas engagée, mais il lui sembla cependant qu'il y avait tendance à l'engagement.

A l'époque du terme, l'accoucheur fut obligé de s'absenter, car il était souffrant, et comme la femme paraissait aller bien, il la renvoya à son médecin.

Cette femme devait accoucher vers le 10 janvier. Le 20 jan-

vier, puis le 1er février arrivent et on n'entend plus les bruits du cœur : l'enfant était mort.

Le professeur Brindeau fut alors consulté et trouva le diagnostic plus facile à établir, car cette femme présentait des phénomènes de rétention prolongée. En outre, on sentait en avant, dans la fosse iliaque, une tumeur arrondie : c'était l'utérus vide qui se contractait.

Comme cette femme était enceinte de onze mois, il devenait évident qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine avec rétention.

OBSERVATION II

Il s'agissait d'une femme enceinte suivie par un médecin qui ne trouva rien de particulier.

Elle avait eu cependant, vers le troisième mois, quelques petites douleurs pour lesquelles on avait prononcé le mot d'appendicite ; puis les choses avaient paru s'arranger. Elle eut une seconde crise ; puis la grossesse continua.

A l'époque du terme, l'enfant mourut.

Quinze jours ou trois semaines se passent, le médecin commence à trouver cela extraordinaire ; il pense à la possibilité d'une oblitération du col, et envoie la malade au professeur Brindeau, qui fit le diagnostic de grossesse extra-utérine parce qu'il sentait directement en avant, un utérus vide.

Ce que l'on avait pris pour l'utérus gravide était en réalité le kyste fœtal absolument adhérent, qui ne se déplaçait ni à droite, ni à gauche.

OBSERVATION III

La femme était venue à la clinique Tarnier à plusieurs reprises.

Elle était au dortoir des femmes enceintes.

A un moment donné, l'enfant cesse de remuer et on n'entend plus les bruits du cœur. La malade a quelques petites douleurs ; on croit qu'elle va entrer en travail ; mais il n'en est rien.

Malgré les conseils du professeur Brindeau, elle rentre chez elle.

Un mois plus tard, elle revient. Elle était à son douzième mois de grossesse.

Comme le col était extrêmement étroit et qu'on ne trouvait l'utérus nulle part ; comme la masse était relativement mobile, le professeur Brindeau pensait qu'il s'agissait : ou bien d'une oblitération cicatricielle du col avec faux travail (comme cela arrive parfois dans le cancer du col), ou bien d'une grossesse extra-utérine.

On commença par endormir la malade et le professeur Brindeau décida, si le col était en cause, de l'opérer par les voies naturelles ; ou bien, s'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, de l'opérer par voie haute.

Il fut assez facile de trouver l'utérus vide.

D'autre part, M. Brindeau put introduire un cathéter dans la cavité déviée.

Dans ce cas également, le diagnostic n'avait pas été fait.

OBSERVATION V

Une femme étant surveillée par un médecin, entre en travail.

Du moment de son arrivée à la Clinique Tarnier, elle était en pleine péritonite et présentait des phénomènes extrêmement graves.

On pense à une rupture utérine.

Ayant ouvert le ventre, le Pr Brindeau trouva un fœtus mort, putréfié au milieu des anses intestinales, retira le fœtus et le placenta, et put marsupialiser la poche.

La malade, qui était dans un état très grave, alla beaucoup mieux : mais le dixième jour, elle mourut d'embolie.

ANNEXE H

Résumé d'une observation de MM. Demelin et Bouchacourt à propos d'un cas de rétention pendant quatre ans d'un fœtus extra-utérin, près du terme (1903).

Année 1899.

Femme 41 ans. Dernières règles le 5 juin. Très fatiguée et hospitalisée au huitième mois. A 32 ans règles devenues irrégulières.

4 grossesses antérieures à terme (2 morts de convulsions) et une gemellaire à sept mois (enfants morts de débilité congénitale).

Au début de sa grossesse, violentes douleurs abdominales disparues au bout de huit jours.

Pendant deux mois, souffrance dans l'abdomen et forte constipation.

En août, seulement une sensation de gêne dans le bas ventre.

Le 11 novembre, abdomen plus développé que normalement ; la malade se trouve plus lourde et plus grosse qu'aux autres grossesses. Tension abdominale.

Petit sommet en bas, 2 pôles fœtaux qui ballottent en 2 autres points foyer unique d'auscultation à droite.

Très vives douleurs le 14 janvier, on croit au travail puis intestin, maximum dans le creux épigastrique et hypocondres.

Température 38° 5.

On pense à des troubles intestinaux. Purgatifs sans effet.

Etat général aggravé le 16 janvier. Facies pseudo-péritonéal. Hyperesthésie extrêmement douloureuse du creux épigastrique et des hypocondres.

Diagnostics discutés. Péritonite ? Lithiase biliaire ?

θ 38,6. Isolement. Vomissements continus bilieux puis poracés. Lavements, 3 selles fétides. Pas de soulagement.

17 janvier, la glace calme la douleur, vomissements alimentaires continus. Entéroclyses sans résultat. θ de 37 à 38, 5.

21 janvier, calomel, abondante débâcle fétide, soulagement.

22 janvier, θ 38, amélioration. Abdomen très tendu. Bruit du cœur bon.

3 février. Nouvelles douleurs abdominales. Convulsions tumultueuses de l'enfant. Le soir : plus aucun mouvement.

5 février, galactorrhée abondante. Plus de bruit du cœur. Amélioration de la malade.

10 février. Etat général satisfaisant, tout rentre dans l'ordre. Abdomen moins tendu, diminué de volume. Pas de crépitation osseuse de la tête.

Au devant de la présentation, petite tumeur (mandarine) délimitée ; on ne sent pas de contraction de ce qu'on croit être la paroi utérine ; le col est très près derrière la symphyse pubienne.

La présentation est très haute et en arrière. La petite tumeur a la consistance d'un fibrome ramolli.

8 mars et la suite, perte de sang noirâtre.

26 mars, douleurs périodiques (on pense au travail). Col presque complètement effacé. Les douleurs disparaissent au bout de huit heures.

27 mars et la suite, plus de douleurs. Le col a repris sa longueur normale. Pertes de sang noirâtre et poisseux jusqu'au 15 avril.

30 avril, plus de souffrance ni de perte. Ventre diminué et mou (6 mois). Partie fœtale difficile à délimiter. La malade rentre chez elle.

1er mai. Perte de sang rosé. Repos de quatre mois. Amélioration progressive.

Septembre. — Reprend son métier (cartouchière) ; quatre ou cinq jours de règles tous les deux ou trois mois.

Février 1900. — Rien de nouveau.

Diagnostic de grossesse extra-utérine. Identification de l'utérus avec la petite tumeur suspubienne. En arrière et au-dessus masse ferme inégale, pierreuse par endroits.

Radiographie : opacité très grande de la tumeur.

On préconise l'expectation.

Après quatre ans de calme, brusques douleurs abdominales très vives, le 1er août 1903.

15 août 1903. Transport à la Clinique Tarnier pour opération libératoire.

Aspect général mauvais. Insomnies. Pas d'albumine.

Examen : volumineux ovoïde à grand axe transversal ; très dur, dépassant un peu l'ombilic et situé en arrière de l'utérus, qui est normal. Douleurs.

3 septembre. — Intervention. MM. Bouchacourt, Brindeau, Demelin. Poche kystique dure contenant matière caséeuse jaunâtre. Fœtus très fléchi sur lui-même adhérent à la paroi de la poche kystique. Placenta (discoïde jaune et scléreux, diamètre 10 centimètres, épaisseur 0 cm.01, adhérent intimement à la poche kystique qui adhère elle-même étroitement à l'épiplon, à l'utérus). On ne tente pas le décollement. Marsupialisation de la poche. 2 drains.

Ce fœtus était presque à nu dans la poche kystique.

3 septembre au soir : θ 36,8. Pouls à 100. Somnolence. Dyspnée.

4 septembre. — Etat général bon. θ normale. Pouls 112. Urine trouble et rougeâtre. Paralysie intestinale.

5 septembre. — Même état.

6 septembre. — Garde-robe très fétide.

7 septembre. — Etat général moins bon Tympanisme augmenté.

8 septembre. — Gaz en abondance.

9 septembre. — Fatigues. θ|37,4. Pouls 114. R. 36.

10 septembre. — Aggravation. θ 38. Pouls 118. R.40, congestion pulmonaire de la base droite.

11 septembre. — Enlèvement des fils les jours suivants, liquide du sac fétide.

19 septembre. — P. et r. normaux. La poche se rétrécit latéralement de plus en plus.

30 septembre. — Malade très bien.

4 octobre et suite 22 octobre. — Suppression de tout drain.

6 novembre. — La malade quitte le service en parfait état. Etroit trajet fistuleux de 4 centimètres.

Fœtus.

Longueur totale : 56 centimètres.

Poids: 1.525 grammes.

Méplats de compression.

Coloration jaunâtre.

Sensation savonneuse de la peau.

Tête aplatie transversalement.

Face peu déformée, chevauchement considérable des os du crâne.

Cuir chevelu se détachant et presque dépourvu de cheveux.

Larges pertes de substances : pointe et bord interne de l'omoplate gauche et les 5 dernières côtes droites. Vertèbres dorsales mises à nu, omoplate droite recouverte de ses muscles.

Fesse et partie supérieure de la cuisse droite.

Tête fémorale hors de l'acétobulum et à nu, le talon du pied droit s'enfonce dans cette brèche (talus valgus excessif).

Malléole interne dénudée.

Articulation tibio-tarsienne ouverte.

Bras gauche ; muscles disséqués, articulation de l'épaule ouverte.

Pieds et mains recroquevillés, les doigts n'ont plus leur direction normale.

Métacarpiens gauches dénudés.

La tête a creusé une large cupule en effondrant les côtes et le sternum.

Incision linéaire et petits trous ronds taillés à l'emporte-pièce dans la partie externe de l'avant-bras et du bras droits.

Aspect d'ensemble : corps corrodé par les acides.

Cordon ombilical blanchâtre et résistant.

ANNEXE I

Observations de M. le Professeur Stamm (de Mayence).

Zeitschrift für Geburshülfe und gynecologie 1925. Hofmeier und Franz (Ferdinand Enke, à Stuttgart). — Direktor Kupferberg.

Uber extra-uteringravidität Von Dr med. *F. Stamm*, Volontärarzt.

Sur un cas spécial de grossesse intra-utérine ligamentaire secondaire : Stamm (n° 172). — Année 1923.

Mme Th. B..., primipare, 29 ans.

Anamèse : à 11 ans, érysipèle de la face, 1re menstruation à 17 ans, rien de spécial. Il y a 2 ans, extérieurement laparotomie probablement à cause d'un hydramnios.

Dernière menstruation 15 avril.

Depuis 5 juin, hémorragies de force variable. Le médecin appelé ordonne repos au lit et des gouttes. Sur quoi l'hémorragie cesse mi-juillet. Fin juin, la patiente fit une injection (!)

Après une demi-heure, il y eut de très violentes tranchées, mais qui disparurent le lendemain.

Dans la nuit du 1er au 2 août, subitement très violentes douleurs de ventre, pseudo-crampe.

Etat du 2 août :

Etat alimentaire médiocre, pâleur de la peau et des muqueuses, le col se trouve pris derrière la symphyse, utérus refoulé vers la droite et devant, gros comme un petit poing.

A gauche, à côté de l'utérus, tumeur grosse comme la tête d'un petit enfant, très sensible à la pression, elle fluctue, elle fait bomber le Douglas fortement, le col devient ballottant.

Colostrum.

Pas de métrorragie, pertes jaunes (gonocoque).

Hémocytologie.

Taux d'hémoglobine : 60 %.

Coagulation du sang : 20 minutes.

Leucocytes : 30.000.

Erythrocytes : 4.000.000.

Tension artérielle 10,5-6,5.

θ : 36°8.

Pouls : 68.

Comme le diagnostic hésitait entre tumeur annexe avec exsudat dans le Douglas chez une femme enceinte de 3 mois, et une grossesse tubaire gauche, on procéda à une ponction d'essai du Douglas qui donna un liquide laiteux ; par conséquent le diagnostic de grossesse ectopique fut abandonné pour cette raison, et la patiente fut traitée conservativement.

7 août. — De temps à autre, très violentes douleurs sous forme de crampes à gauche.

11 août. — Hématologie.

Taux d'hémoglobine : 50 %.

Coagulation du sang : vingt-deux minutes.

Leucocytes : 10.600.

Hématies : 4.000.000.

T. A. : 10-7.

13 août. — Toucher vaginal, col proéminent. Utérus refoulé en avant et à droite, se prolonge en une tumeur du corps grosse comme un poing et située vers la droite.

A gauche, une tumeur grosse comme la tête d'un fœtus, sensible à la pression, qui fluctue et bombe dans le Douglas. Col ballottant, entr'ouvert.

14 août. — Sous-anesthésie, incision au fond du Douglas par une incision sagittale de 1 centimètre de long, d'où hémorragie violente (procédant d'une veine).

L'ouverture de l'incision est élargie par une pince à griffe. De ce fait, elle pénètre loin dans la profondeur. Il se vide d'abondantes masses blanchâtres, épaisses et fermes, sans odeur et ne présentant pas l'aspect de pus.

A première vue : l'idée que cette masse extraordinaire peut

être de la substance cérébrale, est écartée pour cause d'invraisemblance.

Tamponnement.

15 août. — Tamponnement ôté, la forme et la consistance des tumeurs n'ont pas varié.

17 août. — La tumeur du côté gauche est devenue considérablement plus grosse et s'étend jusqu'à l'ombilic, et fait l'impression d'une dureté plus grande.

Après l'ablation du tamponnement, la malade saigne pas mal.

On a mis un drain, et tamponnement.

Sang. — Hémoglobine : 45 %;

Temps de saignement : trente minutes.

Leucocytes : 17.400;

Globules rouges : 2.500.000;

T. A. : 100-80.

18 août. — La tumeur semble avoir grandi. Du drain suinte du sang frais.

20 août. — Puisque la tumeur du côté gauche augmente et que l'examen du sang parle dans ce sens, une affection inflammatoire et empirant journellement avec pertes de sang progressivement croissantes (du drain du Douglas il se vide du sang ancien, puant) des phénomènes péritonéaux passagers, — mais il y a des phénomènes d'intoxication — on procède à la laparotomie.

Protocole opératoire. — Incision longitudinale.

Après ouverture de la cavité abdominale, on trouve une tumeur irrégulière et bosselée sur laquelle le ligament large semble tirer de la droite vers la gauche, tandis que l'utérus, qui semble gros comme environ trois mois, est complètement refoulé à droite.

Une palpation intra-péritonéale montre que la tumeur s'est développée dans le ligament large gauche qui passe à la paroi abdominale antérieure et qui ne communique nulle part avec la cavité abdominale libre.

Une ponction de la tumeur donne de l'eau brun noire, puante; la paroi de la tumeur est composée devant, en haut et derrière, par le ligament large et péritoine; le ligament rond se trouvait par-dessus; le ligament large est ouvert en arrière et à droite; on ponctionne la tumeur.

Ce faisant, on voit un cordon ombilical; de la cavité, il est extrait un fœtus fortement macéré et puant, de seize semaines, dont la voûte cranienne est blessée et dont la cavité cranienne est aplatie, sans cervelle.

Délivrance manuelle d'un placenta puant, attaché sur la paroi du côté du fond du sac qui se compose en partie de membranes inflammatoires et de péritoine (sac de la tumeur).

Une rupture de l'utérus dans la direction de la tumeur n'existe pas. Cependant, on sent par en haut, une communication de la cavité de la tumeur avec l'ouverture du drainage dans le Douglas.

En partant par en haut, un épais drain dans la direction du bas, est enfoncé. La grande cavité, laquelle saigne fortement, est fortement tamponnée et le tamponnement est conduit vers l'extérieur par l'ouverture de laparotomie diminuée.

Opération bonne. — Durée une heure un quart.

Perte de sang, environ 200 grammes.

Anesthésie bonne; emploi 4o,o, mélange de : éther, chloroforme, 4 à 1.

Une heure après l'opération :

Frisson intense. 0 4o degrés;

Pouls petit, rapide;

Injection de camphre, de sérum (NaCl) avec digitale et adrénaline.

Vaccin et sérum (intra-musculaire) antistreptococciques.

Deux heures après l'opération :

Changement du pansement à cause du sang qui avait traversé.

4o centimètres cubes de gélatine sous-cutanée.

Après une longue convalescence, la patiente est congédiée le 1er décembre avec un bon état général.

Etat au départ. — Utérus petit, antéversé, dévié à gauche

Plaie de la paroi abdominale complètement refermée.

Dans le Douglas gauche, on sent une résistance petite et dure de l'ouverture d'incision; dans le Douglas, il se vide de temps à autre un peu de pus, à aspect de crême.

Fin du rapport. — Il s'est bien agi ici d'une grossesse tubaire primaire (basiotrope) du côté gauche, laquelle, par suite de l'injection, a éclaté et qui a continué à pousser, secondairement intra-ligamentaire.

ANNEXE J

Observations de M. le Professeur Krauss (de Souabe)

Sur un cas de lithopædion.

Mme Anna E..., née le 2 novembre 1843, morte le 23 avril 1922.

Aucun antécédent anormal.

Bien réglée à partir de 16 ans.

En 1868, accouche d'un enfant qui meurt à 9 mois.

Bon état général.

1871, se marie.

1881, douleurs abdominales.

Vomissements, syncope (réaction péritonéale). Résistance du Douglas. Opiacés. Repos.

Hématocèle ? ou appendicite ?

Plusieurs crises successives à court intervalle de douleurs abdominales parokystiques, pas de fièvre.

Diagnostic d'hématocèle.

Depuis, augmentation de volume de l'abdomen et perception des bruits du cœur. Mouvements actifs du fœtus. Dos transversal et en avant. Le médecin décide de tuer le fœtus, à la morphine. Le fœtus, âgé de 7 mois mourut rapidement.

Ensuite, douleurs abdominales.

Injection vaginale de glycérine iodée.

La tumeur abdominate régressa constamment et se transformait en une tumeur dure.

Les règles reprennent régulièrement. Mais violentes douleurs.

En janvier-février 1883, périmétrite.

1883, 1884, 1885, 1886. Douleurs dans l'abdomen, plus ou moins fréquentes et aiguës, à forme de coliques. Toute thérapeutique échoue. Seule la morphine soulage. L'opération fut refusée, il n'y eut plus de conception.

Vers 1880-1889, douleurs, calculs biliaires.

En 1919, vient pour glaucome.

En 1921, on trouve la tumeur dans le bas-ventre. Douleurs lors de la miction.

Brûlures du vagin.

Cystite moyenne.

Urotropine.

Bains de siège chauds.

Soulagement.

Hépato-mégalie. Vésicule non douloureux. Rate normale. Ventre mou.

Dans le côté droit, tumeur résistante, grosse comme le poing, difficilement palpable à travers le pannicule adipeux, pas sensible à la pression partiellement mobilisable.

On ne trouvait rien au toucher. On avait l'impression d'un bourrelet transversal de l'hypogastre en connexion avec le rein. Mais la typographie, la forme, et la consistance dure avait fait éliminer le diagnostic.

On pouvait penser à une hydrocholécystite avec calculs biliaires.

Le plus vraisemblable était un fibrome calcifié.

Utérus très difficile à palper.

En antéflexion normale, et légèrement latéroversion à gauche Consistance très dure. Sans connexion avec la tumeur.

Examen difficile du paramètre et des annexes à cause de l'involution sénile.

Toucher rectal : sensibilité douloureuse latérale (adhérences pelvi-péritonéales étendues).

La tumeur n'a aucune connexion avec les organes pelviens.

On ne peut sentir les annexes. On pense au fibrome calcifié car longue période de stérilité.

En octobre 1921, nouvelles douleurs pelviennes à la miction. céphalée.

Morte le 23 avril 1922.

Autopsie. — Sur l'iléon, on trouve un lithopædion, non adhérent à lui, placé en majeure partie dans le côté droit de l'excavation.

La tête regarde à gauche, vers le cæcum. Le siège, à droite et le dos en avant.

L'épiploon s'insère sur toute l'étendue du dos, et sur le tiers supérieur de la vessie et des annexes.

Le lithopaedion est mobilisable avec l'épiploon.

Le cæcum est à la place normale.

L'appendice est long de 15 centimètres et descend dans le pelvin.

L'iléon n'a aucune adhérence. L'utérus est extraordinairement dur au toucher. Il est sinistroversé.

Il ne montre aucune cicatrice au microscope.

Multiples adhérences du pelvis. L'utérus, la vessie, le rectum, l'anse sigmoïde forment un bloc compact où on ne peut plus trouver ni trompe, ni ovaire.

On ne trouve pas de paroi du sac, ni de placenta.

Le bord gauche de l'utérus regarde en arrière et à gauche, le bord droit en avant et à droite.

La longueur du col de l'utérus est de 3 centimètres.

La longueur du corps est de 5 cm. 5. Profondeur : 4 centimètres. La paroi du corps est épaisse de 1/2 centimètre.

Le corps est rempli par un myome sous-muqueux. Il n'y a pas de rupture utérine. Il y a oblitération des « ostia tubae ».

Ovaire gauche sur le corps utérine (forme de haricot) à gauche du sommet, 2 centimètres de long, 1/2 centimètre de large. Aucune modification.

L'ovaire droit, bas, et à droite de l'utérus, il est plus plat mais anormal.

Les tubes sont oblitérés.

On ne trouve pas le point d'insertion du sac, ni du placenta.

Description du lithopædion. — Couche de chaux blanc jaunâtre, tâchetée de brun, sur toute la surface. Poids de 440 grammes.

De la plante des pieds au genou 6 centimètres. Fémur : 6 centimètres, de la hanche à la base du crâne : 13 centimètres. Base du crâne au sommet : 8 centimètres.

Surface lisse sans saillie, longueur totale : 33 centimètres.

Les plis de flexion et les cavités orbitaires sont très lisses, leur teinte est très blanche (dépôt calcaire abondant).

Dans les points de pression, forme normale conservée et teinte brunâtre.

Le péritoine adhère au dos.

Le visage et le bas-flanc sont libres, les jambes sont repliées sur le ventre. La main gauche saisit l'épaule gauche. La main droite saisit le péritoine comme une mantille et le tire sur l'épaule droite.

Le crâne est tourné sur le côté droit et poussé en avant sur le thorax. Il est aplati selon le diamètre biparietal qui ne mesure plus que 5 centimètres.

La figure est en lame de couteau. Les os du crâne chevauchent.

La suture sagittale a l'aspect d'un peigne.

Le diamètre fronto-occipital : 7 cm. 5, mento-occipital : 8 centimètres, sous-occipito-bregmatique : 6 centimètres.

Les sutures lambdoïde et coronaire sont surélevées.

Les grandes et petites fontanelles sont remplacées par des excavations.

Les éminences osseuses ne sont pas saillantes.

Le visage est imprécis, et asymétrique (yeux, oreilles, bouche recouverts de calcaire).

Inclinaison de la suture médio-frontale.

Menton élargi.

Il n'y a pas de cou.

Epaules couvertes par les mains.

Thorax globuleux.

Ventre bombé.

Fœtus féminin.

Le péritoine enveloppe le bras droit (vaisseaux dans le péritoine).

Ce péritoine est vulcanisé.

Les ischions sont visibles et proéminents.

Les deux jambes symétriques sont dans la même position. La cuisse est fortement recroquevillée vers le tronc, presque parallèle au fœtus.

La cuisse droite est un peu déviée en dehors, et se termine à peu près à la hauteur de la moitié du thorax. Les têtes fémorales et les condyles fémoraux sont très nettement visibles. Au genou, la jambe est repliée au maximum. A gauche, la cuisse et la jambe se touchent complètement. A droite, il y a, par contre, un léger interstice.

Le genou et la rotule sont admirablement conformés.

La partie inférieure de la jambe est seulement visible sur une petite longueur, au-dessous de la jonction des genoux.

Car des deux côtés, le pied est rabattu vers le haut, de sorte

que son dos est appliqué à la face antérieure de la jambe, et que la plante du pied se présente à l'examen du spectateur.

Le pied est extraordinairement grand ; on a l'impression que, du fait de la plicature, le pied a subi en même temps une élongation vers le haut.

On ne voit rien du talon et du métatarse. Mais les phalanges des orteils sont visibles comme des proéminences de la grosseur d'une tête d'épingle.

Le bras gauche est appuyé sur le tronc et replié au maximum par plicature du coude de telle sorte que bras et avant-bras se touchent. Le coude est très bien conformé. Les deux os de l'avant-bras sont nettement visibles.

La main est repliée avec la paume dans la direction de l'épaule.

Le métacarpe et les phalanges digitales sont graciles. Les doigts sont insinués, dans la nuque, dans l'intervalle compris entre l'occiput et l'épaule.

Le bras droit a la même position que le gauche. Cependant l'avant-bras et le bras sont peu visibles, parce que le péritoine les enveloppe sur une grande étendue.

L'avant-bras est replié au maximum, de sorte que l'avant-bras et le bras se touchent.

Le péritoine est incrusté d'une couche si mince qu'on perçoit l'humérus et le coude, normaux, au travers.

La partie inférieure de l'avant-bras est libre ; on voit donc le radius et le cubitus.

La main est étendue au maximum, et partiellement incrustée de péritoine. Le métacarpe et les doigts sont extraordinairement marqués.

On a l'impression que la main droite voudrait tirer le péritoine par-dessus l'épaule comme un voile.

Numéros	Auteurs	Années de publications	Tumeurs	Fœtus	Temps de portée de la tumeur	Genre de gravidité	Traitement	Issue	Observations
1	O. Vander Linden.	1903	1460 gr.	—	20 années	—	Opération pour cause d'enflure dure dans le bas-ventre.	Guérison.	Lithopädion.
2	E. Martin (Greifswald).	1904	Gros comme un œuf d'autruche	—	—	—	Section.	70 ans décédée.	Lithokelyphos.
3	Noestl (Wien).	1904	—	Fœtus presque mûr	22 années	Probablement dans la onzième semaine. Grossesse tubaire éclatée.	Section.	Fatale par suite d'insuffisance cardiaque et symptôme « iléus art. ».	Lithokelyphos.
4	L. Herlitzka.	1905	110 gr.	11 cm. de long	2 ans	Primipare. Grossesse.	Opération pour cause de douleurs dans le côté gauche du bas-ventre.	Guérison.	Lithopädion.
5	R. Lumpe.	1905	—	7 mois	25 ans	Grossesse tubaire rupturée dans le 7e mois, entrée dans la cavité libre du ventre.	Opération.	Guérison.	Lithopädion.
6	V. Holst.	1906	—	—	6 ans	Grossesse tubaire.	Opération.	Guérison.	Lithopädion.
7	J. Wallart.	1907	—	4 mois	40 ans	Grossesse tubo-ovarienne.	Section.	85 ans décédée.	Lithopädion.
8	Menge.	1907	—	5 mois	—	Rupture (de la corne annexe) trompe? Sortie à l'intérieur des peaux d'œufs.	Opération pour cause de soupçon de rupture tubaire.	Guérison.	Lithokelyphopädion.
9	W. Steffen.	1907	Grosseur tête d'homme	Presque à terme	30 ans	Gravidité de l'ovaire.	Section.	75 ans décédée.	Lithokelyphos.
10	J. W. Smith.	1908	—	—	15 ans	—	Opération pour cause d'iléus de l'iléum.	Décédée 2 h. après l'opération.	Lithopädion.
11	Weibel.	1908	Gros comme une tête d'homme	9 mois	27 ans	Grossesse ovarienne.	Opération.	Guérison.	Lithopädion.

12	Schauta.	1909	—	Presque mûr	1 an 1/2	« Ampuli » partie du tube.	Opération.	Guérison.	Lithokelyphos.
13	James, N., Vander Veldu Charles.	1910	—	Presque mûr	35 ans	—	Section.	—	Lithopädion.
14	O. Weidlich.	1910	—	5 mois	6 ans	—	Opération pour cause de cystite aiguë, crampes dans le bas-ventre.	Guérison.	Lithopädion.
15	Grube.	1912	—	Mûr	9 ans	Rupture tubaire dans le 3e mois avec continuation de développement de l'œuf.	Opération pour cause de douleurs dans la vessie.	Guérison.	Lithopädion.
16	Charles Stillwagen.	1912	—	5 mois	6 ans	—	Opération pour hyperémésis grave (en même temps grossesse normale).	Guérison.	Lithopädion.
17	E. Weatherhead.	1912	—	Mûr	40 ans	Rupture tubaire.	Section.	79 ans décédée.	Lithokelyphopädion.
18	William Seaman (Bainbridge).	1912	—	—	24 ans	—	Opération pour myome multiple avec dégénération calcaire.	Guérison.	Lithopädion.
19	L. Mohr.	1912	—	5 mois	10 ans	—	Opération, douleurs au moment des selles par l'effort.	Guérison.	Lithopädion
20	Davidsohn.	1912	28 cm. (fœtus) longueur		—	—	Section.	73 ans décédée.	Lithokelyphos après röntge-preudre.
21	L. Biener.	1913	Gros comme une tête d'homme, dur comme de la pierre.	—	20 ans	Grossesse tubaire primaire.	Section.	56 ans décédée, néphrite chronique.	Lithopädion.
22	J. B. Fraser.	1913	—	—	42 ans	—	Opération pour occlusion intestinale.	Guérison.	Lithopädion.
23	H. Thaler.	1919	Gros comme le poing	4 mois	3 années	Rupture « atritique de la corne ».	Opération pour tension dans le ventre et empêchement de vider l'intestin avec grossesse normale.	Guérison.	Lithokelyphos.
24	H. Hinterstässer.	1921	—	6 mois	34 années	Grossesse tubaire.	Opération.	Guérison.	Lithopädion.
25	Vogt.	1922	—	6 mois	35 années	Grossesse tubaire.	Opération.	Guérison.	Lithokelyphos.

ANNEXE J *bis*.

Observation de M. le Professeur Schockaert, de Louvain.

Grossesse abdominale à terme avec enfant mort. Laparotomie.
(*Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique.* Année 1927, t. III, séance du 8 octobre.)

Marie X..., 30 ans, célibataire.

Antécédents sans intérêt.

Règles irrégulières.

Premier accouchement à 18 ans.

Deuxième accouchement à 23 ans, suivi de phénomènes infectieux.

En 1920, forts phénomènes infectieux abdominaux. Pertes jaunâtres, cuisson à la miction.

Les dernières règles avant sa *grossesse actuelle* sont du 1er août 1926.

Dès lors, malaise continu. Douleur dans la fosse iliaque gauche. Repos.

Six semaines après, vive douleur dans la fosse iliaque gauche, syncope, pertes de sang noirâtre.

La semaine suivante, vomissements. Repos de six semaines.

Puis douleurs, vomissements, pertes de sang noirâtre,

Repos de quatre semaines.

Depuis, douleurs continues, nausées, vomissements.

Depuis le 1er mai, pertes brunâtres et sanguinolentes. On l'hospitalise le 29 mai.

Anorexie. Constipation. Albumine ; traces ; θ 38°6. Signes classiques de grossesse. Mais tumeur située dans l'hémiabdomen gauche.

A droite, dans la fosse iliaque, on sent au devant de la grosse tumeur, l'utérus refoulé latéralement et mobilisé par le toucher vaginal du col. Il est peu augmenté de volume.

On sent le siège fœtal dans le cul-de-sac postérieur Pas de bruits du cœur fœtal. Le diagnostic est posé.

Une injection de lipiodol a été pratiquée dans l'utérus au moyen de la seringue de Braun.

La canule est laissée dans le vagin.

La radiographie, pratiquée par le Dr Boine, indique nettement la cavité utérine remplie de lipiodol et portée en avant et à droite par un fœtus extra-utérin en position S. I. D.

Chevauchement considérable des os du crâne. Forte incurvation de la colonne vertébrale.

Le 1er juin, rachianesthésie à l'allocaïne.

Laparotomie.

Incision classique.

Adhérences facilement détachables de l'épiploon à la tumeur.

Ligature et section dés deux ligaments ronds et du pédicule utéro-ovarique droit.

Section et décollement du péritoine vésico-utérin. Artères utérines au devant de la tumeur, liées et sectionnées. Ligature du pédicule utéro-ovarique gauche qui se détache sur la partie antéro-latérale gauche du kyste fœtal dont la paroi est constituée par une coque de fibrine.

Le côlon pelvien adhère La musculeuse reste accolée à la paroi du kyste sur 4 à 5 centimètres.

La muqueuse du côlon, distendue par les gaz, fait hernie.

Surjet de soie fine.

Le kyste fœtal se rompt.

Inondation par un liquide brunâtre.

Extraction du fœtus avec le placenta et la paroi antérieure du kyste constituée en partie par l'utérus.

Hystérectomie totale.

On extirpe les membranes.

Lavage à l'éther.

Péritonisation haute, après drainage (Fermeture de la cavité péritonéale).

Tamponnement à la mèche iodoformée.

Suites opératoires afébriles.

Le fœtus, normalement constitué, à terme, macéré 2.100 gr. Mort (probable) depuis trois semaines.

ANNEXE K

Statistique générale de la clinique Tarnier. (Service du Dr Brindeau).

Hospitalisations. Accouchements. Consultations.

	HOSPITALISATIONS			ACCOUCHEMENTS				CONSULTATIONS		
	Accouch.	Gynécol.	Totaux	Naissances	M. N.	Avortem.	Totaux	Accouch.	Gynécol.	Nourrissons
1921	3.332	175	3.507	1.898	124	82	2.104	15.804	1.650	5.343
1922	2.820	126	2.946	1.497	114	39	1.650	12.415	1.228	5.185
1923	3.185	138	3.323	1.877	126	81	2.084	12.592	1.107	4.998
1924	3.435	151	3.586	2.284	103	68	2.455	13.706	989	4.983
1925	2.969	115	3.084	1.934	111	83	2.128	14.489	1.042	4.455
1926	3.497	138	3.635	2.236	116	74	2.426	16.808	1.155	6.127
Totaux	19.238	843	20.081	11.726	694	427	12.847	85.814	7.171	31.091
1927	»	»	»	»	»	»	2.541	18.484	1.825	7.563
Totaux.....	19.238	843	20.081	11.726	694	427	15.388	104.298	8.996	38.654
								113.294		

Statistiques des interventions chirurgicales.

ANNÉES	Nombre total des accouchements et interventions pratiquées dans le travail	Nombre total des consultations de femmes	INTERVENTIONS CHIRURGICALES					Totales (4 + 5 + 8)
			Chirurgie générale	Opérations obstétricales	Opérations gynécologiques			
					Non compris les extra-utérines	Extra-utérines	Total (6 + 7)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1921.....	2.104	17.454	9	132	99	12	111	252
1922.....	1.650	13.643	22	132	103	15	118	272
1923.....	2.084	13.699	34	71	115	16	131	236
1924.....	2.455	14.695	38	110	115	9	124	272
1925.....	2.128	15.531	17	73	82	14	96	186
1926.....	2.426	17.963	20	80	96	14	110	210
1927.....	2.541	20.309	34	68	91	20	111	213
Totaux	15.388	113.294	174	666	701	100	801	1.641

ANNEXE K

Statistique générale de la clinique Tarnier

(Service du Dr Brindeau).

Grossesses extra-utérines

	Grossesses extra-utérines		Grossesses extra-utérines	Rétention d'œuf mort	RÉTENTIONS DE FŒTUS MORTS						COMPLIQUEES					
	Vivantes	Mortes	Total	Rétention d'œuf mort	Putréfiés	Macérés	Momifiés	Lithopadion	Normaux	Total	Inondation péritonéale	Hématocèle enkystée	Hémato salpinx	Avortement tubaire	Rupture tubaire	Total
1921	3	9	12	1	»	1 (4 1|2)	»	»	»	1	»	6	»	1	»	7
1922	»	15	15	1	»	1	»	»	1 (9)	2	»	4	1	1	6	12
1923	1 (6)	15	16	»	»	1 (3)	»	»	»	1	»	4	4	»	6	14
1924	2 dont1 (3)	7	9	1 (2 1|2)	»	1 (2)	»	»	»	1	»	3	»	2	»	5
1925	2	12	14	»	»	»	»	»	2 (8 et 7)	2	»	6	2	»	2	10
1926	3 dont1 (8)	11	14	»	»	»	»	»	1 (9)	1	2	4	1	1	2	10
1927	2	18	20	1	»	»	»	»	1 (7)	1	1	7	5	»	3	16
Totaux	13	87	100	4	»	4	»	»	5	9	3	34	13	5	19	74

Rétention de grossesse extra-utérines mortes (fœtus et œufs) = 13

Morts = 87

ANNEXE K (*suite*).

Comparaisons et Rapports

ANNEXE K (4)

Service du Professeur Brindeau.

Statistique générale de la Clinique Tarnier.
(période de 1921 à 1927 inclus).

Nombre d'interventions chirurgicales (chirurgie générale, gynécologie, obstétrique)..... 1.641
Nombre d'interventions pour grossesses extra-utérines.. 100
(sur lesquelles 13 avec rétention de fœtus morts).
Parmi ces interventions, grossesses vivantes : 13, soit... 13 %
mortes : 87, soit... 87 %

Soit : *Sur l'ensemble des interventions chirurgicales.*
A. — Intervention pour grossesses extra-utérines..... 6,1 %
B. — Interventions pour grossesses extra-utérines avec rétention de fœtus mort..... 0,79 %

En conclusion. — 13 % des grossesses extra-utérines se terminent par une rétention du fœtus ou de l'œuf mort.

Mais il n'y a que 9 % de fœtus mort, retrouvés à l'opération.

ANNEXE K

Rapport des interventions pour grossesses extra-utérines au nombre total des « Consultations données » (obstétrique et gynécologie).

Nombre des consultations données..... 113.294
Nombre d'interventions pour grossesses extra-utérines. 100
Soit : 0,0882 %

ANNEXE K (14)

Rapport des interventions pour grossesses extra-utérines au nombre des consultations données pour gynécologie.

Nombre de consultations données pour gynécologie de 1921 à 1927..... 8.996
Nombre d'interventions pour grossesses extra-utérines.. 100
Soit : 1,11 %

ANNEXE K (4)

Rapport des interventions pour grossesses extra-utérines au nombre de femmes hospitalisées dans le service (gynécologie et obstétrique).

Nombre de femmes entrées dans le Service de 1921 à 1926 inclus.

Gynécologie	845	20.081
Obstétrique	19.238	

Nombre d'interventions pour grossesses extra-utérines..... 80

Soit : 0,398 %

ANNEXE K (4)

Rapport des interventions pour grossesses extra-utérines au nombre de femmes hospitalisées dans le service (gynécologie).

Nombre de femmes entrées dans le service de 1921 à 1926 inclus :

Gynécologie..... 843

Nombre d'interventions pour grossesses extra-utérines.... 80

Soit : 9,50 %

ANNEXE K (4)

Rapport des interventions pour grossesses extra-utérines aux opérations gynécologiques.

Nombre d'interventions gynécologiques..... 801

Nombre d'interventions pour grossesses extra-utérines..... 100

Soit : 12,48 %

ANNEXE K (4)

Rapport des « extra-utérines mortes » au nombre des extra-utérines (période de 1921 à 1927 inclus).

Nombre des extra-utérines..... 100

Nombre des « extra-utérines mortes »..... 87

Soit..... 87 %

Et pour les « extra-utérines vivantes »..... 13 %

ANNEXE K (4)

Rapport des différents cas des « grossesses extra-utérines mortes » au nombre des grosses extra-utérines (période de 1921 à 1927 inclus).

Nombre de grossesses extra-utérines..... 100

A) Rétention de « grossesses extra-utérines mortes » (œuf et fœtus morts)..... 13

Soit : 13 %

Se décomposant comme suit :

	Sur A	Sur l'ensemble des grossesses extra-utérines
	—	—
I. Rétention d'œuf mort sous terme : 4, soit.....	30,8 %	4 %
II. Fœtus macérés : 4, soit.....	30,8 %	4 %
III. Fœtus normaux : 5, soit.....	38,4 %	5 %
(Ce qui fait un total de 9 fœtus morts retenus),..... ci	69,2 %	9 %

B) Grossesse extra-utérines compliquées ensemble..... 74

Soit : 74 %

Se décomposant comme suit :

	Sur B	Sur l'ensemble des grossesses extra-utérines
	—	%
I. Inondation péritonéale : 3, soit....	4 %	3 —
II. Hématocèles enkystées : 34, soit..	46 %	34 %
III. Hémato-salpinx : 13, soit.....	17,5 %	13 %
IV. Avortement tubaire : 5, soit.....	6,7 %	5 %
V. Rupture tubaire : 19, soit.....	25,8 %	19 %

ANNEXE K (4)

Rapport des grossesses extra-utérines aux naissances d'enfants vivants (période de 1921 à 1925 inclus).

Nombre de grossesses extra-utérines..... 80

Nombre de naissances d'enfants vivants..... 11.726

Soit : 0,68 %

ANNEXE K (4)

Rapport des grossesses extra-utérines aux grossesses utérines (Statistiques de la Clinique Tarnier, période 1921 à 1926 inclus).

Nombre de grossesses extra-utérines		80
Nombre de grossesses utérines :		
Vivants	11.726	12.847
Avortements	427	
Morts-nés	694	

ANNEXE K (4)

Rapports des avortements aux accouchements dans les cas de grossesses utérines.

Dans des grossesses utérines.

Pourcentage de la Clinique Tarnier des avortements aux accouchements.

En 6 ans (de 1921 à 1926 inclus).

Pour 12.847 accouchements et avortements il y a eu :

11.726 naissances d'enfants vivants, soit	91 %
694 morts-nés, soit	5,4 %
427 avortements, soit	3,7 %

Soit 9 %, rapport des mortalités totales du fœtus pendant la grossesse au nombre total des accouchements et avortements (Dubrisay-Jeannin font varier la proportion de 10 à 20 % des accouchements normaux aux fausses-couches).

ANNEXE K (5)

Rapports des rétentions de fœtus morts ectopiques aux fœtus in utero morts (Période de 1921 à 1926 inclus).

Nombre de rétention de fœtus morts extra-utero (œufs et fœtus)		11
Nombre de fœtus in utero morts (avortements et morts-nés).		
Avortements	427	1.121
Morts-nés	694	
Soit :		
Par rapport aux avortements		2,5 %
Par rapport aux morts-nés		1,6 %
Par rapport à l'ensemble des fœtus in utero morts		1 %

CONCLUSIONS

La rétention du fœtus mort dans la grossesse extra-utérine, quoique connue depuis longtemps, n'a vraiment été étudiée scientifiquement que tout récemment.

La symptomatologie est centrée sur la connaissance capitale de l'existence plus ou moins récente du faux travail suivi d'une régression des signes généraux de la grossesse, indice de la mort du fœtus.

Le diagnostic différentiel en sera extrêmement difficile, au contraire, dans le cas où le médecin (tout comme la femme) n'a pas soupçonné l'existence de la grossesse qui vient de s'arrêter. Le diagnostic est pour ainsi dire impossible dans les cas de rétention prolongée tant que des débris osseux ne se sont pas éliminés par des fistules d'abcès.

Le pronostic est grave à cause de toutes les complications qui peuvent survenir : c'est d'ailleurs pourquoi il faut intervenir sans discussion, le plus rapidement possible ; il y a, toutefois, une époque de choix : quatre (4) à six (6) semaines après la mort du fœtus.

Le pronostic *quoad vitam* s'en trouvera considérablement amélioré.

Vu : Le Président de la thèse,
BRINDEAU

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Abell. — Grossesse abdominale (*Surg. Clin. N. Ann.*, Phila., 1922, II, 1329.

Adam et Crocaden. — Gross. extra-utérine à terme (*Austral. M. J.*, Melbourne, 1911, XVI, 222).

Adams. — Cas de grossesse abdominale (*Pacific M. et S. J.*, San Franc., 1883, 4, XXVI, 427).

— Cas de grossesse abdominale, rupture dans le gros intestin. Opération, guérison (*Lancet*, London, 1872, I, 77).

Aievoli (E.). — Gross. extra-ut. avancée, intervention à la 4e année de rétention (*Riforma medica*, Napoli, 1925, XLI, 871).

Algora (M.). — Grossesse abdominale, perforation spontanée de la paroi antérieure de l'abdomen, mort (*Clinica*, Zaragoza, 1878, II, 221.)

Allen (T.-W.-J.). — Notes sur un cas de grossesse extra-utérine abdominale (*Lancet*, London, 1886, I, 1217).

Ampferl. — Grossesse abdominale (*Med. chir. Ztg.*, Salzb., 1815, II, 156).

Andruves (F. W.) et Branson (W. P. S.). — Grossesse ovarienne (*St Barth. hosp. Rep.* 1910, London, 1911, XLVI, 249).

Asdale (W. F.). — Grossesse extra-utérine, fœtus à terme (*Am. J. obst.*, N.-Y., 1898, XXXIII, 748).

Ashton (W. E.). — Cas de gross. périt. primit., guérison (*Ann. gyn. et Paed.*, Phila., 1891, V, 667).

Aspell (J.). — Grossesse tubo-abdominale à terme (*Am. J. obst.*, N.-Y., 1906, LIV, 39).

Aumont. — Thèse de Paris, 1875.

Ayers (E. A.). — Le traitement du placenta dans une grossesse extra-ut. avancée (*Obst.*, N.-Y., 1899, I, 70).

Azuma (S.). — Un cas de grossesse abdominale (*Ztschr. d. med. Gesellsch.* zu Tokio, 1896, X, 565).

Abel (K.). — *Arch. für gyn.*, XXXIX.

Acomb (L. E.) and Candy (T. I.). — Full time ovarian foetation with x Rays photographs and notes (*Brit. M. J.*, London, 1926, I, 320, 1 pl.).

Alfieri (E.). — I quachi clinico della gravidanza extra-uterina e dei suvi esiti in rapporte con la diagnosi e con il trattamento (*Clin. ostet.*, Roma, 1925, XXVII, 258 ; 312).

Albertni Murard. — *Lyon chir.*, 1921.

Asdale (W. J.). — Extrauterine pregnancy ; mature foetus, with presentation of specimen ; skeletal remanes borne nteen years over completion of gestation jenn. Condition eventually complicated by ovarian cyst which resulted fatakly (*American Journal Obstetric*, New-York, 1898, XXXVIII, 748-751).

Audebert et Dieulafe. — Grossesse extra-utérine, mort du fœtus au 5e mois. Sptacèle du kyste et de son contenu. Extirpation totale, guérison. (Compte rendu Société d'Obstétrique et de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, 1907, IX, 169-175).

Auvray. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1923.

Arthur. — Retained foetus (*Ann. Gynec. et Pédiatr.*, 1897-1898, p. 587).

Albertin. — Rétention prolongée d'œufs morts (*Soc. Obst. et Gyn.*, 1925, p. 67).

Avranoff. — De la rétention du fœtus mort. Thèse de Paris, 1915.

Adan et Vermelin. — Grossesse géméllaire avec transformation papyrarée de l'un des fœtus (*Rev. Med. Est.*, 1920, p. 420).

Anglas. — De l'histolyse et de l'antolyse des tissus fœtaux macérés (*J. Anat. et Physiol.*, 1909, p. 293).

— De l'hystolyse et de l'antolyse des tissus fœtaux macérés. Thèse de Paris, 1908.

Aoui. — Rétention prolongée d'un œuf mort (*Soc. Obst. et Gyn.*, 1906, p. 131).

Baculescu. — Etude statistique sur la gross. extra-utérine (*Rev. de chir.*, Paris, 1912, XLV, 946).

Bandel (R.). — Cas de gross. ovarienne (*Beitr. z. Klin. Chir.*, Tuking, 1902, XXXVI, 657).

Banks (A. G.). — Cas de gross. ovarienne (*J. obst. et gyn., Brit. Emp.*, London, 1912, XXI, 216).

Barbour (A. H. F.). — Gross. extra-utérine, laparotomie après la mort du fœtus (*Tr. Edimb. Obst. Soc.*, 1896, XXII, 66).

Bartholomew (R. A.). — Rapport sur un cas de grossesse abdominale à terme (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1922, LXXIX, 1244).

Baudelocque. — L'Art des accouchements.

Baur. — Gross. ovarienne, 8° (Tübingen, 1888).

Beale (P.). — Gross. abdominale (*Med. Press et Circ.*, London, 1906, n. s., LXXXII, 560).

Beck (A. C.). — Trait. de la gross. extra-utér. après le 5e mois (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1919, 962).

Beer (J.). — Gross. ovarienne avec expulsion du fœtus par l'anus (*Deutsche Klinik*, Berl., 1866, XVIII, 84).

Behle (A. C.). — Cas de gross. abdom. (Phila., M. J., 1901, VII, 1173).

Beinicke (F.). — Deux cas de gross. abdom. avec perforation du

rectum (*Ztschr. G. Gebentsh.* u. *Frauenkr.*, Stuttg., 1875, I, 344).

Beisone. — Gross. extra-ut. à terme. Laparotomie. Mort de la mère le 6e jour. Fœtus vivant (*Independente*, Torino, 1881, XXXII, 553).

Bell (W. B.). — Gross. abd. primit. (*Surg. gyn. et obst.*, Chicago, 1911, XII, 471).

Benninghoff (G. E.). — Cas de gross. abdom. (*Internat. J. Surg.*, N.-Y., 1915, XXVIII, 50).

Bermann (S. E.). — Grossesse extra-utérine au 9e mois (*Semana med.*, Buenos-Ayres, 1923, XXXIV, 152).

Beya (H. D.). — Gross. extra-utér. Rétent. du fœtus mort pendant 3 ans 1/2 (*Ann. J. Obst.*, N.-Y., 1902, XLV, 102).

Bigelow (E. H.). — Gross. abdominale (*Boston Met S. J.*, 1887, CXVI, 278).

Bleh (A. L.) et Reed (H.). — Gross. extra-utér. à terme. Laparotomie (*J. Ann. Ass.*, Chicago, 1908, L, 2137).

Bogaevoki (A. T.). — Gross. extra-utérine abdom. (*Chir. Vestnik*, Saint-Pétersb., 1885, I, 498).

Bogdanovici. — Gross. ectop. à terme, fœtus mort, laparotomie, marscipialis. du kyste, guérison (*Spitalul*, Bucuresci, 1901, XXI, 547).

Boine (J.). — Observat. de gross. abdom., difficult. du diagnostic, gastrotomie, mort (*Rev. med.*, Louvain, 1882, I, 148).

Bolard. — Thèse de Strasbourg, 1866.

Bonachi. — Gross. extra-utérine abdom. (*Bull. et mém. — Soc. de chir. de Bucarest*, 1906-1907, IX, 124).

Bonnie. — Thèse de Paris, 1822.

Bovée. — Cas de gross. ectop. à terme, s'étant prolongée 9 ans (Georges Washington, *Univ.Bull.*, Washing., 1906, V, 30).

Bovée (J. W.). — Gross. ectop. rétro péritonéale à terme (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1897, XXXVI, 314).

Bramwell (B.). — Gross. extra-utérine, dans laquelle le fœtus fut expulsé par le rectum (*Stud. clin. med.*, Edimb., 1889-1890, I, 217).

— Gross. ectop. à terme, extract. du fœtus mort par une opération. Mort par septicémie et hémorragie (*Stud. clin. méd.*, Edimb., 1889-1890, I, 221).

Bratton (R. A.). — Rétention de gross. extra-utérine pendant 5 ans ; laparotomie, guérison (*Tr. South. Car. M. Ass.*, Charleston, 1888, 121).

Brendel. — Gross. extra-utér. Laparotomie à 8 mois (*Centralb. f. Gyn.*, Leipz., 1883, VII, 649).

Brindeau. — La pratique de l'Art des accouchements, 1927, III.

Brodersohn. — Cas de gross. abdom. primit. (Thèse de Zurich, 1910).

Brothers (A.). — Gross. abdom. avec utérus fibromateux (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1908, LVII, 109).

Brugnatelli (E.). — Gross. extra-utér. à terme (*Folia gynaec.*, Pavia, 1922, XVI-XVII, 605).

Brummit (R.). — Gross. extra-utér., opérat. au 9e mois, mort par hémorrag. second. (*Australas. M. Gaz.*, Sidney, 1897, XVI, 123).

Bugge (O.). — Sur un cas de gross. extra-utér. avec fœtus à terme. Opérat. 3 m. 1/2 après la mort du fœtus (*Norsk. Mag. f. Laegevidensk*, Kristiania, 1904-1905, R. II, 189).

Burroughs (S. R.). — Cas de gross. abdom. (*Texas State J. M.*, Fort Warth., 1906, I, 235).

Buzzoni (R.). — Sur un cas rare de gross. extra-utér. abdom. second. (*Arte ostet.*, Milano, 1924, XXXVIII, 94).

Byford (H. T.). — Deux fœtus extraits par opérat. de la cavité périton. (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1893).

Byford (W. H.). — Gross. ovarienne (*Obst. gaz.*, Cincin., 1889, XII, 84).

Bachetti. — *Gaz. méd. ital.*, 1853.

Balard (P.). — Trois observations de grossesses intra-utérines pouvant stimuler une grossesse actopique (*Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1926, XV, 445-447).

Bandler. — *Americ Journal of Obstetric*, mai 1902.

Bar. — *Bulletin de la Société d'obstétrique*, 1900-1902.

— *Société d'obstétrique de Paris*, mars 1909.

Bar et Mercier. — *L'obstét.*, 1900.

Barbour (H.). — Sur un cas de grossesse extra-utérine presque à terme avec un enfant mort depuis 2 mois (Rapport de Quenu, *Bulletin et mém., Société de Chirurgie de Paris*, 1905, n. s., XXXI, 943-945.

Barret (M.). — La forme salpingienne de la grossesse extra-utérine (*Le Monde Médical*, 1er octobre 1927).

Barret (Marcel). — Quelques points cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine (Prix Duval-Marjolin, 1927, *Société Nationale de Chirurgie de Paris*).

Barnes. — Discases of women, 1874.

Baronnet. — Thèse de Bordeaux, 1921-1922.

Batisweiler (J.). — Neber frühzeitige tubo-ovariale Schwangerschaft (*Monatschr. für geburtsh und Gynaek*, Berlin, 1926, IXXIII, 77-83).

Baumer (I. G.). — Embryonis ossa per muliebria cum fecibus alvinis excreta (*Acta Acod. elector. Mogunt. SC. util. quae Erfordiae est. Eerfordiae et Gothae*, 1757, I, 306-308.)

Baudelocque. — *Arch. gén. de Médecine*, novembre 1825.

Begouin (P.). — Rétention fœtale extra-utérine de vingt-et-un ans (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1906, XXXVI, 907-909).

Belaiche (Joseph). — Le signe du Douglas dans la rupture de grossesse tubaire étude clinique. Paris, 1925, 33 p. 8°.

Bender. — In thèse Vandescal.

Bertino (A.). — Gravidange extrauterina o ritenzione di feto morto nella cavita dell'uterd (?) (*Ann. di ostet.*, Milano, 1902, XXIV, 523-565).

Biener. — Einlithopidion (*Monatschr. für geb. und Gynâkol.*, 1913).

Bland Sutton, Surg. — Discases of the ovaires, 1891.

Bouilly Segond, etc. — Congrès de gyn., Marseille 1898.

Bouilly, Terrier, Segond. — Congrès de gynécologie de Marseille, 1898.

Bovee (S. W.). — Ancient full. term ectopic pregnancy tr. *M. Soc. virg.*, Richmond, 1898, 203-211. Also : Reprint. Also : *Virginia M. Semi-Month*, Richmond, 1898, 9, 111, 446-449.

Brahemain (O.). — Zur Frage der Ektopischen Decidua (*Feutrablatt für Gynäk.*, Leipzig, 1926, I, 1374-1378).

Bramwell (B.). — Case of extra-uterine foetation going on to the full teine ; removal of a dead fœtus by operation death from septicemia and haemorrhage (*Stud. Clin. méd.*, Edinb., 1889-1890, I, 221-223).

Brandeis (R.). — Rétention fœtale extra-utérine datant de 21 ans, examen histologique du fœtus (*Bulletin et Mém. Société de Médecine et Chirurgie de Bordeaux*, 1906. Paris et Bordeaux, 1907, 556-560. Also : *Gazette hebdomadaire de Sciences médicales de Bordeaux*, XXVIII, 42).

Bremken. — Grossesse extra-utérine à terme datant de 24 ans (*Annuaire Soc. Méd. chir. d'Anvers*, 1897, 225-231).

Brindeau. — Leçons de la Clinique Tarnier, 1926.

Brindeau et Jannin. — La pratique de l'Art des accouchements, 1927, III.

Broer (J. L.). — *Monatsschrift für geburtsh und Gynäk*, Bd 50.

Brohl. — Ein selteneres Röntgenbild Sitzungsb. der gesellschaft für geburtsc. und Gynäk, 1903, Berlin, 1904, 20-23.

Bromet (E.). — A case of extra-uterine gestation closely ressembling uterine pregnancy : operation four montles after term Recovery (*Lancet*, London, 1899, I, 957).

Bronha. — *Gynécologie et obstétrique*, 1923.

Bubendorff. — Thèse de Nancy, 1881.

Budd (S. W.). — Cases of extra-uterine pregnancy : 1° eleven month pregnancy ; suddentdeath ; 2° over nine month ; operation ending with hysterectomy, recovery (*Virginia M. Month.* Richmond, 1893, 4 XX, 957-962).

Bugge (O.). — Et tilfaelde af extrauterintsvanger skab. med fuldbaaret eller paa det naermeste fuldbaaret foster, opereret ca 3 1/2 maaned efter fosterets dd (*Norsk. Mag. f. Laegevidensk.*, Kristiania, 1904, 5. R. 11, 189-193).

Bumm. — Grundiss der Geburtshilfe. Wiesbade, 1914.

Burgnatelli. — Folia gynecologica, Pavie, 1922.

Broohe. — Ectopic gestation of fourteen years duration (*South. African M. Rec.*, 1915, p. 27).

Boy Kin. — An mnusual case of retained foetus (*N. Orl. M. Surg. J.*, 1904-1905, p. 478).

Bland. — Mumminfied foetus of thriteen years' standing (*Surg. Gyn. Obst.*, 1906, p. 672).

Boissard. — Mort du fœtus et fœtus macéré (*Arch. mensuelles Obst. et Gyn.*, 1913, p. 455.)

— Femmes enceintes et fœtus macérés (*Soc. Obst.*, 1910, p. 400).

Boyd. — Mommification of the bovine fetus (*J. Am. Vet. M. Ass.*, 1924-1925, p. 737).

Bedancourt. — Un caso de momification fetal (*Ann. Acad. de cienc. med. de la Habana*, 1903-1904, p. 333).

Barton. — Fœtus compressés (*Tr. Obst. Soc.*, Lond., 1903-1904, p. 417).

Calloway (I. M.). — Gross. extra-ut. abdom. primitive (*N. Orleans, M et S. J.*, 1911-1912, LXIV, 641 ; 1908-1909, XXVIII, 226).

Cannaday (J. E.). — Gross. abdom. (*Denver M. Times*, etc.).

— Gross. abdom. (N.-York, *M. J.* etc., 1906, LXXXIV, 1183).

Carosin. — Thèse.

Carson (S. C.). — Gross. abdom., fœtus viable (*Gulf State, J. M et S.*, etc. Mobile, 1910, XVI, 330).

Casuso (G.). — Gross. extra-utér. de 11 mois. Enucléation du kyste avec le fœtus et les annexes, guérison (*Progress med.*, Habana, 1894, VI, 139).

Catlin (J. J.). — Gross. extra-utér. à terme (*J. Ann. M. Ass.*, Chicago, 1924, LXXXII, 107).

Caturani (M.). — Gross. abdom., extract. de l'œuf un an après le faux travail (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1917, LXXVI, 135).

Center (C. D.). — Cas de gross. abdom. (Phila., *M. J.*, 1900, V, 871).

Church (Anna). — Cas de gross. extra-utérine. Rétent. pendant 3 ans (*Lancet*, Lond. 1895, I, 1181).

Clarck (E. D.). — Deux cas de gross. extra-utérine à terme (*I. Indiana M. Ass.*, Fort-Vayne, 1917, X, 89).

Cœ. — Contribution à l'étude de la gross. abdominale (*Tr. South Ling. et Gyn. Ass.*, 1892, Phila., 1893, V, 349-357).

Condit (W. H.). — Gross. abdom. (*Am. J. Obst. et Gynec.*, Saint-Louis, 1921-1922, II, 645).

Cook (E. D.). — Gross. extra-utérine se poursuivant 4 ans. Extraction du fœtus par une gastrotomie, guérison (Chicago, *M. Examen*, 1861, II, 458).

Cordaro. — Contrib. au diagnostic et à la thérapeutique de la gross. extra-utér. abdom. second. (*Assegua ostet. e ginec.*, Napoli, 1905, XV, 21-35).

Cornwall (L. H.). — Gross. abdom. (*Proc. N.-Y., Path. Soc.*, N.-Y., 1914, n. s. XIV, 218).

Cousins (J. W.). — Remarques sur la gross. ectop. et sur les condit. favor. pour son arrivée à terme (*Brit. M. J.*, Lond., 1903, II, 181).

Couvelaire. — Thèse, Paris, 1901.

Corvan (J. R.). — Gross. abd., extract. d'un enfant vivant (*Kentucky M. J.*, Bowling Green, 1924, XXII, 538).

Cragin (E. B.). — Trait. de la gross. ectop. à terme (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1900, XLI, 740).

— Gross. ectop. à terme avec enfant vivant (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1914, LXX, 1019).

Crof (E. O.). — Opération pour l'extract. d'un enfant vivant provenant d'une gross. extra-utér. à terme (*Lancet*, London, 1922, II, 380).

Cuénet (F.). — Thèse Lausanne, 1923.

Cullen. — Cas de gross. extra-utér. à terme (*Tr. M. Soc.*, N. Jersey, Newarh, 1871, 230).

Cullen (T. S.). — Gross. abdom. s'étant prolongée pendant 4 ans. Opération, guérison (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1907, XLVIII, 1495).

Cullingworth (C. J.). — Cas de gross. extra-utér. dans laquelle les mouvements du fœtus cessèrent à la fin du 8e mois. Laparotomie 4 semaines après (*Tr. Obst. Soc.*, Lond., 1893-1894, XXXV, 155).

Currier (A. F.). — Erreur de diagnostic au sujet d'un cas de gross. abdom. (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1887, XX, 1233).

— Extraction par laparotomie d'une gross. extra-utér. s'étant poursuivie 4 ans (*Ann. Gynéc. et Paed.*, Boston, 1897-1898, XI, 732).

Cushing. — Gross. abdom. (*Pacific. M. et S. J.*, San-Franc., 1886, XXIX, 27).

— Cas de gross. extra-utér., opérat. au 9e mois, guérison (*Ann. Gynéc. et Paed.*, Phila., 1890-1891, IV, 214).

Czyzewicz. — La gross. abdom. à la lumière d'observ. récentes (*Arch. f. gyn.*, 1912).

Czyzewicz (A.). — Cas de grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant (*Zentralbl. f. Gynäk.*, Leipz., 1904, XXVIII, 97).

Carlier (V.) et Oui (M.). — Grossesse extra-utérine mort du fœtus ; laparatomie, marsupialisation du kyste fœtal, guérison (*Bulletin et Mém. Société chirurgicale de Paris*, 1902, n. s., XXVIII, 92-95).

Carr (M. M.) and Lynch (K. M.). — The blood picture as an aid in the diagnosis of ruptured ectopic gestation. (Texas, State *J. M.*, Fort-Worth, 1926-1927, XXII, 390-392).

Casal (R. G.). — *Ref. Zeut. für Gyn.*, 1923, n. 7).

Casuso (G.). — Embarazo extra-uterino dell meses emideacion

del quiste con el feto anexos curation (*Progres. Med.*, Habana, 1894, VI, 139).

Cestan. — Grossesse extra-utérine arrivée au 12e mois, mort du fœtus ; extirpation par voie abdominale ; guérison (*Toulouse Méd.*, 1902, 2 s., V, 284-286).

— Thèse de Paris, 1894.

Chalier. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1921.

Chaton. — *Press. méd.*, juillet 1924.

Chavannaz (J.). — Récidive de grossesse extra-utérine (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1926, Ivi, 541).

Church (Anna Lydia). — A case of extra-uterine foetation of three geais standing (*Lancet*, London, 1895, I, 1181).

Clemente (D.). — Recidivia dopo breve intervallo di gravidanza ectopica (*Policlin.*, Roma, 1926, XXXIII, *sez. prat.*, 688).

Cohnstein. — *Arch für gyn.*, Bd XII.

Collomb (B.). — Observation sur une grossesse de 15 moir in his : œuvres *Med. Chir.*, 8°, Lyon et Paris, 1798, 233-245.

Consoli (D.). — Osservazioni anatomo cliniche su un caso de gravidanza extrauterina tubo-abdominale (*Riv. d'ostet. e ginec. prat.*, Palermo, 1926, VIII, 177-184).

Cornil. — *Revue de gynécologie*, 1900.

Corus (C. V.). — A case of extra-uterine pregnency ; foetus living to seventh month, carried fourteen month and spontaneously discharged per rectum (Saint-Louis, *Clinique*, 1895, VIII, 143).

Costantini (R.). — Sindrome de rottura di gravidanze tubaricasimulata da suppurazione degli annessi (*Riv. d'ostet. e. ginec. prat.*, Palermo, 1926, VIII, 252-256).

Costantini (P.). — Considerazion su di un caso di enorme inondazione peritoneale e lievissima lesione anatomo-patologico (*Riv. d'ostet. e. ginec. prat.*, Palerme, 1925, VII, 402-406).

Cotte et Latreille. — Grossesse interstitielle traitée par l'hystériectomie (*Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynéc. de Paris*, 1925, XIV, 725-727).

Couvelaire. — Thèse de Paris, 1901.

Crainicianu (A.). — L'interruption précoce des grossesses extra-utérines et son rapport avec le rythme menstruel (*Gynécologie et obstétrique*, Paris, 1926, XIV, 37-43).

Croisier (A.). — Grossesse extra-utérine rompue au 8e mois ; conservation dans la cavité péritonéale pendant les 8 mois suivants du fœtus mort et en voie de putréfaction (*Annuaire de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, 1907, 2 s. IV, 688). Also : (*Revue pratique d'Obst. et de Paed.*, Paris, 1907, XX, 309-314).

Cuenet. — Thèse de Lausanne, 1923.

Cullen et Novak. — *Journ. of. the americ. med. Association*, mars, 1922).

Cullingworth (C. J.). — Extra-uterine foetation ; abdominal section eight month after death of foetus sac formed by left Fallopian tube and left broad ligament, recovery (*Tr. Obste. Soc.*, London, 1888-1889, XXX, 480-489). — Also reprint : Case of extra-uterine gestation in wihch the foetal movements ceased at the end of the eigth month and abdominal section was performed fom weeks later (*Tr. Obst. Soc.*, London, 1893-1894, XXXV, 155-161. Discussion, 179-184).

Currier (A. F.). — Removal by abdominal incision of the romains of an extra-uterine foetation if fourteen years duration (*Ann. Gynec. et Rediat.*, Boston, 1897-1898, XI, 732-736, 2 pl.).

Cullen. — Retained foetus (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1915, p. 261).

Dalton (H.). — Gross. ectop. opérée au voisinage du terme, guérison (*Tr. M. Ass. Missouri*, Kauças, City, 1898, 139).

Danforth (L. L.). — Le traitement du placenta dans la gross. extra-utérine à terme (*Tr. Ann. Inst. Homoep.*, Chicago, 1903, 605).

Dashiell (R.). — Gas de gross. abdom. (Nashville *J. M. et S.*, 1882, n. s., XXX, 157).

Davidova-Shepelova. — Gross. ectop. à terme, laparotomie 1 an et 8 mois après la mort du fœtus (*J. A. Kush. i jenok bobez.*, Saint-Pétersb., 1900, XIV, 1490).

Davidson (C. F.). — Cas de gross. abdom. au 7e mois (*J. Ann. M. Ass.*, Chicago, 1921, LXXVI, 590).

Davis (A. B.) — Cas de gross. abdom., opération et guérison (*Bull. lying. in Hosp.*, N.-Y., 1908-1909, V, 187).

— Cas de gross. abdom. à terme. Fœtus macéré et infect. streptococ. du sac et de l'utérus (*Bull. Lying. in Hosp.*, N.-Y., 1917, XI, 83).

Davis (G. G.). — Gross. abdomin., élytrotomie, guérison (*Am. Med.*, Phila., 1901, II, 615).

Davis (E. P.). — Gross. abdomin. primitive (*Prog. med.*, Phlia., 1923, III, 64).

Daynac. — Thèse, Paris, 1825.

De Avellar Figueira de Mello. — Gross. tubaire à terme, Rio-de-Janeiro.

Deavor (I. L.). — Gross. abdom. à terme (*Am. J. Surg.*, N.-Y., 1921, XXXV, 213).

De la Motte. — Traité des Accouchements.

Delcamps. — Thèse Paris, 1918.

Descamps. — Thèse Paris, 1886.

Descargues. — Thèse Paris, 1873.

Deseniss. — Gross. extra-utér. à terme avec enfant mort (*Deuts. Med. Wchnschr.*, Leipz. u. Berl., 1905, XXXI, 1332).

Devane (J. F.). — Cas de gross. extra-utér. à terme, opération (*Lancet*, London, 1910, I, 781).

Doche. — Thèse Lyon, 1922.

Von Döllinger da Gracc. — Gross. extra-utér. Expuls. du fœtus par le rectum (*Gaz. clin.*, Saint-Paulo, 1905, III, 251).

Donald. — Gross. extra-utér. de 7 mois. Elytrotomie (*Med. Press. et Circ.*, Lond., 1899, n. s. LXVII, 32).

Doran (A.). — Un cas de fœtus dans la cavité péritonéale (*Tr. obst. Soc.*, Lond., 1893-1894, XXXV, 22).

— Gross. ectop. dans laquelle le fœtus mourut au 8e mois après le faux travail. Laparotomie 2 mois après (*Tr. obst. Soc.*, Lond., 1900-1901, XLII, 213).

Dorland (W.). — Nouvelle classif. sur les poss. de terminais. de la gross. extra-utér. (*Am. Thérapist.*, N.-Y., 1894-1895, III, 205).

Dorman (F. A.). — Laparotomie pour gross. ectop. à terme (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1918, LXXVII, 134).

— Deux cas de gross. ectop. abdom. opérés au voisin. du terme. Enfant vivant (*Am. J. obstr.*, N.-Y., 1919, LXXIX, 782).

— Gross. ectop. à terme avec enfant vivant (*Am. J. obst. et gynec.*, Saint-Louis, 1923, VI, 219).

Dourlhès. — Thèse Montpellier, 1920.

Dreessin. — Cas de gross. abdom. (*Monatschr. f. Geburtsh. u. Frauenkr.*, Berl., 1867, XXXI, 200).

Dunsmoor (F. A.). — Cas de gross. abdom. (*J. Minn. M. Ass.* Minneap, 1911, XXXI, 10).

Danforth (W. C.). — Referred pain in the shoulder in ruptured tubal pregnancy (*American Journal obstetric et gynec.*, Saint-Louis, 1926, XII, 883-885).

Daniel. — *Gynécologie et obstétrique*, 1926.

Davidova Shepelova (Varvara V.). — Sluchai donoshennoi ektopicheskoi beremennosti ; chrevosiechenige cherez 1 god ; 8 mies, poslie smerti ploda. Ectopic pregnancy at term ; laparotomy one year 8 month after foetus death (*J. Akusli i Jensk. Tolicz.*, Saint-Pétersbourg, 1900, XIV, 1490-1493, 1 pl.).

Davidsohn. — Ges. für geb. und gynäk. (Breslau, 1912. *Zit. nach Zeutrabl. für gynäk*, 1912).

Dawson (B.). — Ovarian pregnancy and endometrioma ; a preleminary note (*Médical Journal Australia*, Syndney, 1926, II, 233-238).

Dejemil Bey. — Grossesse extra-utérine ; lithopédion datant de 3 ans, laparatomie, ablation du fœtus et du sac ; guérison complète (*Association française de chirurgie*, Procès-verbal 1894, Paris, 1895, VIII, 710-714).

Delaissement. — Grossesse extra-utérine datant de 12 mois (*Journal de chirurgie et annuaire Société Belge de chirurgie*, Bruxelles, 1903, III, 38-40). — Also (Abstr) : *An-*

nuaire de l'Institut chirurgical de Bruxelles, 1903, X, 49. — Also (Abstr) : Congrès national périodique de gynécolo gie et d'obstétrique, etc., Rouen, 1904, IV, 311.

Deiherur et Morel, Kahn. — Etude du signe radiographique de A. B. Sfalming sur la mort du fœtus *in utero* (*Société de Rad. med. de France*, 14 novembre 1922 et *Journal de Radiologie*, 1923, page 236).

Demelin et Rochard. — *Bulletin de la Soc. d'obstétrique de Paris*, 1903.

Derselbe. — In *v. Winckels handb. der geburtshilfe*, 1904, Bd 2.

— Uber die indikationene zur operativen (*Bchandlung der erkrankten tuben v. Volkmanns Sammburg Kling.*, Vorträge, 1888).

Deseniss .— Ausgetragene Extrauterin gravidität mit totem kiden laparotomie (*Deutsche Méd. Wchnochr. Leipzig und.* Berlin, 1905, XXXI).

Dewes. — *Zeut. für Gyn.*, 1922, N 37.

Dezeimeris. — Somm. des connaissances médicales, 1836.

Doran (A.). — A case of extrauterine gestation in which foetal death occured in the eighth month after spurions labom. Abdominal section two months later (*Tr. Obst. Soc.*, London, 1900-1901, XIII, 213-234).

Dubrisay-Jeannin. — Accouchement 1924, p. 438.

Duhrosen. — *Zeutr. für gyn.*, Bd 19.

Durante. — *Bulletin Société Obstétrique de Paris*, 1907, nº 9.

Demelin et Bauchacourt. — A propos d'un cas de rétention pendant 4 ans d'un fœtus extra-utérin près du terme (*Obstétrique*, 1903, p. 481).

Decollada. — Retencion de feto muerto (*Rev. de Med. y Cirurg. pract.*, 1916, p. 458).

De Coquet et Favreau. — Œuf ayant subi des phénomènes de rétention intra-utérine (*J. de Méd. Bordeaux*, 1921, p. 569).

Eagleson (J. B.). — Rupture du sac et mort du fœtus dans une gross. abdom. à terme. Opérat. d'urgence, guérison (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1896, XXVI, 369).

— Rétention de 10 ans dans une gross. extra-utér. (*Med. sentinel*, Portland-Oregon, 1902, X, 219).

Earle (F. B.). — Deux cas de gross. extra-utér. à terme (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1903, XLVII, 372).

Eberlin (A.). — Gross. extra-utér. abdom., laparot., extract. d'un enf. mort et du placenta, guérison (*Med. Obozr.*, Mak., 1897, XLVII, 215).

Edgar (J.). — Cas de gross. extra-utér. à terme (Glasgow, *M. J.*, 1905, LXIV, 445).

Eliocher (G.). — Gross. extra utér. abdom. (*orvozi hetil.*, Budapest, 1896, XL, 361).

Emory (W.). — Gross. abdom. après terme (*Dominion M. Month*, Toronto, 190, XXXIV, 110).

Engelmann (G. I.). — Cas de gross. abdom. (Saint-Louis, *M. et S. J.*, 1872, n. s. IX, 197).

Epting. — Gross. abdom. (*Med. Cor. Bl. d. württemb. ärztl. ver.*, Stuttg., 1857, XXVII, 166).

Espenmüller (W.). — Opérat. d'une gross. ectop. avec enfant vivant (*Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn.*, Leipz., 1899, II, 155).

Estes (W. L.). — Cas d'une gross. extra-utér., opérée à terme, enfant vivant (Phila., *M. J.*, 1902, X, 950).

Evans (E.). — Cas de gross. ectop. de longue durée (*Am. Med.*, Phila., 1903, V, 568).

Eagleson (J. B.). — An extra-uterine pregnancy retained ten years (*Med. Sentinel Portland-Oreg.*, 1902, X, 299).

Edling. — Roetgendiagnose bei extra-uterinschwangerschaft

Eiermann. — *Monatschr. für geb. und. gyn.*, 1897.

Engelhard. — A case of extrauterine fregnancy(*Nederl. tydschr. v. verlosk en gynaec.*, Haarlem, 1925, XXX, 283-288).

Essen-Muller, Rintgen. — *in* Kelle, thèse de Paris, 1892.

Ewers (E. M.). — Compound pregnancy ; with report of case China *M. I.*, Shanghaï, 1925, XXXIX, 493-498).

Fairchild (D. S.). — Gross. abdom. s'étant compliquée d'une supp. de la trompe (*Clin. Rev.*, Chicago, 1897-1898, VII, 162).

Fancher (H. L.). — Gross. abdom. à terme (*J. Tenn. Med. Ass.*, Nashville, 1922-1923, XV, 279).

Farrer. — Grossesse extra-utér., rétent. prolongée du fœtus (*Lancet*, London, 1914, II, 794).

Featherston (J. S.). — Gross. abd., laparotomie (*Tr. Mississipi, M. Ass.*, Vicksburg, 1888, 101).

Fenger (C.). — Trait. opérat. de la gross. extra-utér. à terme (*Tr. Illinois M. Soc.*, Chicago, 1891, XLI, 288).

Filonovich (V. P.). — Gross. ectop. à terme (*Med. obzr.*, Mosk., 1905, LXIII, 393).

Fischer (L. C.). — Cas rare de gross. abdom. (*South M. J.*, Birmingham, 1917, X, 866).

Fite (W. P.). — Gross. abdom. à terme (*J. Oklahoma M. Ass.*, Muskogee, 1924, XVII, 297).

Fitz-Gilbon (G.). — Gross. abdom. secondaire (*J. Obst. et Gynaec. Brit. Emp.*, Lond., 1911, X, 20).

Fleischlhauer (H.). — Sur la gross. abdom. primitive (*Zentralblatt für Gynack*, Leipz., 1917, XLI, 657).

Fortacin (J. B.). — Gross. tub. avec fœtus à terme (*Rev. de med. y cirurg. pract.*, Madrid, 1909, LXXXII, 289).

Fossatiti. — Contribution à l'étude de la gross. ovarique (*Annali diginecologia e ostetrica*, Milano, 31-7-20).

Foster (W. D.). — Gross. ectop. opérée après le terme, guérison (*Tr. Am. Inst. Homoeop.*, Cleveland, 1906, 219).

Foy (G.). — Un cas de gross. rare (*Med. Press.*, Lond., 1920, n. s., CX, 334).

Francis (A.). — Gross. extra-utér. abdom. (*Canada Lancet*, Toronto, 1879-1880, XII, 353).

Frank (R. T.). — Deux cas de gross. abdom. second. (*Am. J. Obst.* N.-Y. 1912 LXV, 640).

Franklin (J. C.). — Gross. intra et extra-utér. à terme : césarienne (Porro) [*Brit. M. J.*, London, 1894, I, 1019].

Franz. — Gross. extra-utér. à terme (*Gesell für Geb. u. Gyn. zu*, Berlin, avril 1923).

Franze (K.). — Wien. Klin. Wchnschr., 1904, XVII, 530).

Frers. — Gross. extra-utér. à terme, opérée au 10e mois (*Semana med.*, Buenos-Aires, 1920, XXVII, 572).

Friedheim. — La culture *in vitro* de vullosités placentaires humaines (*Soc. Biologie*, 10 janvier 1928).

Fritz. — Rapport sur une opérat. pour gross. abdom. (*Med. chir. Ztg.*, Mnsbr., 1829, III, 367).

Euller (E. B.). — Gross. abd., opérat., guérison (*South African M. J.*, Cape Town, 1899, VII, 145).

Funck-Brentano. Thèse Paris, 1898.

Fabre. — L'Accouchement pathologique (*Précis d'obstétrique*, 1924, II, p. 38).

Fairbairn (J. S.) — Full term ectopic pregnancy ; abdominal section five weeks after the death of the child ; death from hemorragle and septic absorption (*Journal Obstétric et Gynaec. Britannique Empire*, London, 1906, X, 599-603).

Fallon. — *Bost. Med. and Sing.*, février 1921.

Farrar (Libian K. P.). — The value of the leurcocyte connt as an aid te diagnosis in ectopic gestation (*Sing. gynec. and obst.*, Chicago, 1925, XI, 655-663).

— The value of the leukocyte connt as an aid to diagnosis in ectopic gestation (*Tr. Am. gynec. Soc.*, Philadelphie, 1925, I, 192-210).

Faure et Sriedey (J. L.). — *Traité de Gynécologie.*

Fenwick (E. H.). — A tubal pregnancy of some years duration. Sac containing macerated foetus fistulae between sac and bordel and between sac ans bladder. Laparotomy, death (*Brit. M. L.*, London, 1904, II, 1739).

Fieux. — *Ann. de gynécologie et d'obstétrique*, octobre 1902.

Filhoulaud. — Thèse de Paris, 1907.

Forsyth. — *The lancet*, 1923.

Freund. — Wokmanns Sammburg, nº 323.

Freund (W. A.). — Uber graviditas extrauterine (*Arch. für Gynäkol*, Bd 22).

Fruhinsholz. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1922.

Funck-Brentano. — Thèse de Paris, 1907-1908.

Fuhs (E.). — Neber tubargravidität und ihne Bedentung für die gerichtliche Medizin (*Deutsche Zeutschr. für d. des. gerichtl Méd.*, Berlin, 1926, VIII, 50-60).

Fruhinscholtz et Michel. — Rétention d'un fœtus (*Ann. de Gyn. et Obst.*, 1915, p. 399).

Fruhinsholz. — Rétention prolongée d'un œuf abortif présentant les caractères de l'hématoine mole (*Rev. Med. Est*, 1911, p. 17).

Fraenkel. — Ueber missed labour und missed abortion (*Samml. Klin. Vortr.*, 1903, nº 351, p. 895).

Flateau. — Fall von auffalend langer zruckhanltung von fœtalen Teilen in der Gebarmutter (*Arch. f. Gynoek.*, 1923, p. 337).

Favrer. — Prolonged retention of the foetus (*Lancet*, 1914, p. 794).

Galabin (A. L.). — Gross. abdom. primit. (*Brit. M. J.*, London, 1903, I, 664).

Galli. — Mémoires de l'Institut de Bologne, I, II, port. III.

Garcia (D.). — Trois cas de gross. extra-utér. abdomin. (*Rev. de med. y cirurg.*, Caracas., 1922-1923, VI, 219).

Garkisch (A.). — Gross. abdom. second. (*Prag. med. Wchnschr.*, 1908, XXXIII, 149).

Garr (C. R.). — Cas de gross. abdom. (*Kentucky M. J.*, Bowling Green, 1908, VI, 132).

Geiger et Mac Ewan. — Cas de gross. abdom. à 6 mois (*South M. d.*, Birmingham, 1923, XVI, 622).

Genth. — Gross. abdom. (*Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtsh.* in Berl., 1853-1855, VIII, 97).

Gentsh (K.). — Deux cas de gross. extra-utér. avec enfants vivants (*Zentralb. f. Gyn.*, Leipz., 1924, XLVIII, 2440).

Giles (A. E.). — Gross. extra-utér. Mort du fœtus à la fin du 8e mois. Opérat. le mois suivant (*Tr. Obst. Soc.*, London, 1905-1906, LXVII, 114).

Gilliatt (W.). — Deux cas de gross. octop. à terme (*Proc. Roy Soc. Méd.*, Lond., 1918-1919, XII, *Sect. Obst. et Gyn.*, 177).

Gomez de Rosas (N.). — Grossesse extra-utérine au 9e mois. Laparotomie. Guérison (*Rev. med. Cubana*, Habana, 1918-, XXIX, 403).

Goodbrak (C.). — Gross. extra-utér. s'étant poursuivie 3 ans et 6 mois. Extract. du fœtus par laparotomie (Chicago, *M. J.*, 1860, XVII, 121).

Goodell. — Cas de gross. extra-utér. à terme (*Internat. clin.*, Phila., 1894, 3 s., IV, 253).

Goodpasture (E. W.). — Double gross. abdomin. primit. (*J. Med. Research.*, Boston, 1916, XXXIV, 259).

De Gouvea (N.). — Gross. tubaire à terme (*Brazil med.*, Rio-de-Jan., 1917, XXI, 300).

Govinder (M.-N.). — Cas de gross. abdom. Mort (*India M. Rec.*, Calcutta, 1901, XX, 165).

Graaf. — De mulierum organis generationi intervientibus.

Graffaguino (P.). — Gross. abdom. (*Ann. J. Obst. et Gynec.*, Saint-Louis, 1922, IV, 71).

Gramm (I. J.). — Grossesse ectop. à 7 m. 1/2 (*Ann. J. Obst.*, N.-Y., 207).

Grant (G.). — Gross. extra-utér. à terme (*Méd. J. S. Africa*, Sohannesb., 1919-1920, XV, 87).

Green et Hoore. — Gross. ectop. à terme (*Illinois M. J.*, Chicago, 1916, XXX, 356).

Greenberg (H.). — Gross. ectop. à terme (*J. Am. et Ass.*, Chicago, 1910, LIV, 1517).

Grimsdale (J. B.). — Gross. ovar. à terme (*J. Obst. et Gyn. Brit. Emp.*, Lond., 1913, XXIII, 115).

Grosglik (S.). — Gross. extra-utér. avec rétent. du fœtus pendant 30 ans (*Ztschr. f. gyn. urol.*, Leipz., 1911-1912, III, 241).

Guermeur. — Thèse.

Guidi. — Contrib. à l'étude de la gross. extra-utér. Variété abd. primit. (*Chir. ostet.*, Roma, 1906, VIII, 147-157).

Gutierez. — Gross. ectop. à terme (*Ann. r. Acad. de med.*, Madrid, 1907, XXVII, 254).

Gaifunkel (P. I.). — A case of interstitial pregnancy (*J. Akush i Zhensk Boliez*, Leningrad, 1925, XXXVI, 397-400).

Gallard. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1858.

Gayet. — Grossesse extra-utérine ; élimination du fœtus dans la vessie puis par l'urètre pyonéphose droite ; néphrostomie, métérolyse (*Bulletin Société française durologie*, Paris, 1926, V, 126-131. — Also ; *Journal durologie médicale et clinique*, Paris, 1926, XXI, 436-441).

Gonzalez (T. S.). — Dos embarazos angulares sucesivos en la misma enferma (*Semava med.*, Buenos-Ayres, 1925, XXXII, pt 2, 1196-1198).

Grad. — *The American Journal of Obst.*, janvier 1921.

Gredden. — *Zeutral. für gyn.*, 1921.

Grone. — *Zeutralb. für gyn.*, 1919.

Grosse. — *Revue médicale de Nantes*, 1924.

Gruneck (F.). — Bilateral tubal pregnancy (*Medical Rev. of Rev.*, New-Yorck, 1926, XXXII, 603).

Guilleminet. — Un cas de grossesse double intra et extra utérine (*Lyon médical*, 1925, CXXXVI, 605).

Gusso (A.). — Su di un caso di gravidanza abdominale a termine (*Rassegna d'ostet. e ginec.*, Napoli, 1925, XXXIV, 481-491).

Gutierrez (A.). — The value of peritoneal of coalescence in abdominal pregnancy (*Ling. gynec. and obst.*, Chicago, 1926, XIII, 469-473).

Guenez. — Un cas de rétention fœtale prolongée (*Soc. Obst. et Gyn.*, 1921, p. 234).

Geisenchofer. — Rétention de fœtus mort (*Munch Med. Woch.*, 1924, p. 616).

Ganmé. — Deux cas de rétention fœtale (*Paris Chirurgical*, 1922, p. 89).

Haake. — Quelques cas de gross. abdom. (8° Lipsiæ, 1859).

Habault. — Thèse Paris, 1910.

Hamaker (W. D.). — Gross. extra-utér., à terme (Penn. *M. J.*, Sttrens, 1913, XVII, 232).

Haller. — Eléments de physiologie, 1769.

Hammacher (J. F.). — Un cas de gross. périt. (*Arch. f. Gyn.* Berl., 1910, XCII, 594).

Hardie (D.). — Gross. extra-utér., opération le 8e mois, enfant vivant 6 heures, placenta enlevé sans hémorragie à la 6e ou à la 7e semaine (*Australas. M. Gaz.*, Sydney, 1896, XV, 263).

Hare (C. H.). — Gross. extra-utér. (Boston, *M. et S. J.*, 1910, CLXIII, 873).

Hargrave (E. T.). — Gross. abdom. primit. à terme (*Virginia M. Semi-Month.*, Richmond, 1906-1907, XI, 317).

Hargrave (R. M.). — Gross. abdom. au voisin. du terme (Texas State, *J. M.*, Fort-Worth, 1924-1925, XX, 291-294).

Haris (R. P.). — Gross. extra-utér. laparot., guérison de la mère, fœtus macéré (*Tr. Obst. Soc.*, Phila., 1878-1879, VI, 55).

Hart (D. B.). — Gross. extra-utérine à terme, extirpation après 5 ans de rétention (*J. Obst. et Gyn.*, Brit. Emp., 1902, I, 129).

Hart (E. R.). — Extraction d'un fœtus de la cavité abdominale après 3 ans de rétention (*Virginia semi-month.*, Richmond, 1908-1909, XIII, 492).

Hartigan (J. W.). — Cas de grossesse abdominale (N.-Y., *M. J.*, 1898, LXVII, 536).

Hauck. — Grossesses abdominales (*San. Ber. d.*, Prov. Brandenburg, 1840 ; Berlin, 1843-, 160).

Haynes (E.). — Gross. abdom. 8 mois, opération (*Australas M. Gaz.*, Sydney, 1891,-1892, XI, 369).

Head (G. D.). — Gross. abdom. (Journal *Lancet*, Minneap., 1921, XLI, 653).

Hellier (J. B.). — Gross. abdom. secondaire. Laparotomie 15 mois après la conception et 8 mois après la mort du fœtus (*Tr. obst. Soc.*, London, 1903-1904, XLV, 366).

— Deux cas de gross. abdom. (*J. obst. et gyn.*, Brit. Empire, 1904, V, 438).

Hibbit (C. W.) — Gross. abdom. (Louisville Month., *J. M. S.*, 1908-1909, XV, 104).

Hillsmann (P. L.). — Gross. abdom. (South. *M. Rec.*, Atlanta, 1893, XXIII, 415).

Himmelsbach (W.). — Gross. abdom. (Calif. state *J. M.*, San Franc., 1914, XII, 510).

Hinze. — Gross. extra-utérine à terme (*Zischr. f. Gebrutsh. u. Gyn.*, Stuttg., 1920, LXXXIII, 813).

Hammacher. — *Arch. für gyn.*, 1901.

Hasselblatt (R.). — Recurrence of pregnancy in the same tube (*Finska., läk., sällsk., handl.*, Helsingfors, 1926, I, XVIII, 726-770).

Hecker. — *Monatschr. für geb.*, 1859.

Heimann (F.). — Doppelter uterin und Tuberischwangerschaft (*Monatschr. für geburtsh und gynaek*, Berlin, 1926, IXXII, 193-201).

Heivrotin. — *Revue de gynécologie et d'obstétrique abst.*, 1898.

Hellendall. — *Zeut. für Gyn.*, 1923, S. 1013.

Hendry (W. B.). — A clinical analysis of one hundred and fifty two cases of ectopic gestation (*Tr. Am. gynec. Soc.*, Philadelphie, 1925, I, 186-191).

Hermans (A. G. I.). — On simultaneous extra and intra uterine pregnancy (*Nederl. Tijdschr. v. geneesk*, Haarlem, 1926, IXX, pt 2, 2097-2108).

Hernandez (Gaudencio). — Un caso de embarazo extra-uterino a termino (*Hosp. général*, Mexico, 1925-1926, i, 245-248).

Hertzenberg (L.). — Case of full term extrauterine foetus (*South Africa M. Rec.*, Capetown, 1925, XXIII, 560).

Herzfeld. — *Zeut für Gyn.*, 1923, n. 13.

Hess (J. H.). — The diagnostic of the age of the foetus by the use of Uoentgendrains (*Amrican journal of discases of children*, 1917, t. XIV, p. 397).

Hischberg. — Sur le travail de M. Forenkel, Rayons X et grossesse extra-utérine (*Zeut für Gyn.*, Leipzig, 18 juin 1921).

Hoehne. — Seltene Formen der Tubenschwangerschaft mit ihren anatomischen Besonderheiten (*Arch. für Gynaek*, Berlin, 1925, CXXV, 674).

Hohne (O.). — *Arch. für Gyn.*, Bd 107.

Hoptatter (R.). — Neber das Nabelzeichen bei Extrauterin gravidität (*Arch. für Klin. chir.*, Berlin, 1926, CXI, 613-627).

Horvart. — *Zeut. für Gyn.*, 1923, n. 45.

Huguier. — *Bull. Soc. chir.*, 1881.

Hirschberg. — Intra uterine skelettierung des retinierten Kopfes (*Berl. Klin. Woch*, 1916, p. 61).

Hagmann. — Ueber abnorm. lange. Rétention obgestorbener Fruchote in Uterus (*Monatsch. f. Geburth. u. Gynoek.*, 1903, p. 808).

Iordachescu. — Gross. abdom. à terme (Spitahul, Bucaresci, 1903, XXIII, 92).

Jacoby. — Rupture d'un kyste extra utérin après la mort du fœtus (Berlin, 1890).

Jacub. — Gross. ovarienne à terme (*Zentralbl. fur Gyn.* V, 1923, 193).

Jellett. — Gross. ectopique à terme (*Tr. Roy. Ac. Ireland*, Dubl., 1914, XXXII, 286).

Jessett. — Gross. ectopique de 6 mois (*Brit. Gyn. J.*, Lond. 1906,-1907, XXII, 72).

Jolly. — Thèse Bordeaux, 1925.

Jones (E.). — Gestation intra péritonéale à terme après avortement tubaire (*Praetitioner*, London, 1923, CX, 273).

Jacquenier. — Manuel des accouchements, 1846.

Joulin. — Traité des accouchements, 1866.

Juker (A.). — Thèse Genève, 1924.

Jacquin. — *Gynécologie et obstétrique*, 1922, nº 6.

Jewett. — *Americ Journal of obst. fer*, 1923.

— *Americ. Journ. of obst.*, 1923.

Joulin. — Thèse d'agrégation, 1863.

Jonas. — Ueber eine Foetale Inklusion der Bauchhohle (*Beitr. z. Klin. Chir.*, 1919, p. 723),

Jeannin. — La retenzione del feto morto (*Clin. Ostet.*, 1910, p. 371).

Jardine. — Rétention in utéro of a dead foetus for 4 Monts Glasgow (*M. J.*, 1901, p. 218).

Jordan. — Ueber Sacroltumoren mit foetalem Inhaet. Eisleben, 1895.

Kaan (G. W.). — Gross. abdom. (Boston, *M. et S. J.*, 1896, CXXXIV, 438).

Keer (J.). — Gross. ectopédique à terme (Glasgow, *M. J.*, 1906 LXV, 132).

— Gross. ext.-utér. avancée dans laquelle le fœtus était libre dans la cavité abdom. (*Tr. Glasgow obst. et gyn. Soc.*, Glasgow, 1913, IX, 37).

Keller (L.). — Gross. ext.-utér. à terme, fœtus retenu 6 ans (*Med. Counell.*, Phila, 1908, XIII, 326).

Knox (A.). — Gross. extra-utér., mort du fœtus à terme, rétention prolongée (*Tr. M. Soc. Car.*, Charlotte, 1901, 132).

Kollock (C.). — Gross. abdom. (*Tr. South. Surg. et Gyn. Ass.*, 1895, Phila., 1896, VIII, 225).

Kolmer (J. A.) et Baer (B.). — Gross. extra-utér. à terme (*Proc. Path. s. c.*, Phila., 1919-1920, XXII, 54).

Kramer (Eva). — Gross. abdom. secondaire (*Fortschr. a. d. geb. d. Rötgenstrahlem*, Hamb., 1925, XXXIII, 204).

Kuntz. — Gross. abdom., rétention du fœtus mort (*Anat. Record.*, Phila., 1922, XXIII, 237).

Kützer (E.). — Gross. abdom., fœtus mort, laparotomie, mort de la mère par tétanos (*Med. Chir. Centralbl.* Wien., 1882, XVII, 506).

Kynoch (J. H.). — Gross. abdom. secondaire (*J. Obst. et Gyn., Brit. Emp.*, Lond., 1925, XXXII, 546).

KUPFER. — Gross. ovarienne (Dorpati, Livonorum, 1822).

KAHN (E.). — Skelettierung eines alten tubaraboctes (*Zeutralblat für Gynäk*, Leipzig, 1926, I, 479).

KELLER. — *La gynécologie*, 1922.

KELLY. — *Traité de gynécologie*, Baltimore.

KENNEDY (W. T.). — Intraligamentous pregnancy ; discussion with report of a laft intraligamentous full term pregnancy with preoperation dead foetus ; mother living (*Am. J. Obst. and gynec.*, Saint-Louis, 1925, X, 858-862).

KNAFF. — Grossesse extra-utérine portée à terme et reconnue par la radiographie (*Journal de Radiologie*, 1922, p. 295, et *chir. Mitteilung aus. d. Krankenhauss*, Saint-Joseph, Luxembourg, V, 1922, p. 86).

KOELHER. — *Monatsch. für geb. und gyn.*, 1908.

KOEMER (J.). — Zin Differentialdiagnose der Ektopischen Schwangerschaft (*Munchen Méd.*, Wchuschr., 1926, IXXIII, 985).

KONWER. — *Annales de la Société d'Obst. de France*, 1902.

KRATZEISEN (E.). — *Arch. für gyn.*, Bd 107.

KRAUSS (Dr). — Über einen Fall von Lithopädion, Babenhausen in Schwaben Mit 2 Abbildungen (*Feitschrifet für gebürtsh une gynäk*, 1925, LXXXVIII, Band, 3, Heft, XXXVI).

KRAUSS. — *Zeitschrift für geb.*, 1925.

KRITZLER-KOSCH (H.). — Das eiste Hegur'sche Schwangerschaftszeichen als Hilpmittel zen Differentialdiagnose der Extrauterin graviditäd (*Zentrablat für Gynäk*, Leipzig, 1926, I, 2209-2211).

KRITZLER (H.). — *Zeut für Gyn.*, 1924, n. 9.

KUCHENMEISTER. — *Arch. für Gyn.*, 1881.

KUHNE. — *Beit. zur Anat. der Tubensschwangerschaft*, Marburg, 1899.

KUNEZ (A.). — Neber extrauterin gravidität (*Zeutralblatt für Gynäk*, Leipzig, 1925, XIIX, 2907-2916.)

KUPFERBERG. — Die Schwangerschaft ausserhalb der gebärmütter und ihne Folgen (*Med. klin*, Berlin, 1926, XXII, 1513-1515).

KYNOCH (J. A.). — Abdominal pregnancy secondary to tubal gestation at term, with notes of a case (*Tr. Edinb. obst. Soc.*, 1924-1925, XLV, 159-166).

KREVET. — Rétention de fœtus mort (*Arch. f. Gynoek*, 1900, p. 435).

KARLIN. — La rétention utérine du fœtus mort (*Monatsch. f. Gebentsh. u. Gynaek.*, 1924, p. 270).

KARBOWSKA SEIDENBENTEL. — Ein fall von Retention foetaler Knochen in Utérus. Zurich, 1909.

LANE (J. W.). — Gross. abdom. à terme (Boston, *M.* et *S. J.* 1911, CLXIV, 683).

Langfitt (W. S.). — Difficultés du diagnostic dans un cas de grossesse abdom. (*Med. Rec.*, N.-Y., 1905, LXVII, 856).

Large (S. H.). — Gross. abdom. (Canada *Lancet*, Toronto, 1897-1898, XXX, 605).

Lascano (M. G.). et d'Arti (A. B.). — Cas rare de gross. abdom. (*Semana med.*, Buenos-Aires, 1918, XXV, 235).

Lediard. — Gross. abdom. secondaire, péritonite, évacuation par le rectum, guérison (*Tr. Obst. Soc.*, Lond., 1899-1900, XLI, 276).

Ledoux (L. A.). — Gross. abdom. à terme (N.-Orl., *M. et S. J.*, 1923-1924, LXXVI, 371).

Lee (J. M.). — Gross. abdom. (Homeop., *J. Obst.*, N.-Y., 1893, XV, 201).

Lemercier. — Thèse Paris, 1901.

Lempereur. — Thèse Paris, 1867.

Levret. — L'Art des accouchements, 1766.

Lewis (D. G.). — Gross. abdom. de 8 m. 1/2 ; eclampsie, laparotomie, guérison de la mère, enfant mort au 3e jour (*Wash. M. Ann.*, 1907-1908, VI, 315).

Lewis (H. G.). — Gross. ectopique à terme (*Virginia M. Semi-Month.*, Richmond, 1908-1909, XIII, 273).

Ley (G.). — Proc. Roy. Soc. Med. London, 1918-1919, XII.

Litzmann (C.). — Gastrotomie pour gross. tubaire, 9 mois après la mort du fœtus à terme. Suites heureuses pour la mère (*Arch. f. Gyn.*, Berl., 1881, XVIII, 1).

Lloyd (H. C.) et Fowler (R.). — Gross. tubo-ovarienne (Austral. *M. J.*, Melbourne, 1912-1913, p. 5, I. 687).

Lovrich (J.). — Gross. ectopique, mort du fœtus à 8 mois.

Lovrich. — *Gynaekologia*, Budapest, 1906, 224). (

Lowe (C.). — Gross. abdom. (*Brit. M. J.*, Lond., 1919, I, 767).

Lynds (J. G.). — Gross. ectopique à terme (*Physician and Surg.* (Detroit) et *Ann.* Arbor., 1901, XXIII, 71).

Lyle (R. P. R.). — Deux cas de gross. intraligamentaire à terme (*J. Obst. Gyn., Brit. Emp.*, London, 1906, X, 596).

Lyppeus. — Gross. abdom. (*Clinique*, Bruxelles, 1912, XXVI, 28).

Laffont. — *Revue méd.*, février 1924.

Laffont, Honnel et Cortes. — Une observation de douleur tardive élevée (type croisé) dans un cas de rupture tubaire (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1926, XV, 286-288).

Laffont-Houel et Jahier. — Grossesse tubo-interstitielle de deux semaines environ, inondation péritonéale progressive (*Bulletin Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris*, 1926, XV, 477).

Lane. — *Bost. med. sing. journ.*, 1911.

Lane-Roberts (C. S.). — Some aspects of ectopic pregnancy (*Clin. J.*, London, 1926, IV, 265-268).

Launay et Seguinot. — *Société d'Obstétrique de Paris*, 1903.

Laurentie. — Grossesse extra-utérine : erreur de diagnostic ; le pseudo-placenta (*Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1926, XV, 402).

Lecene. — *Annuaire de Gynécologie*, 1904.

Lecene. — *Ann. de Gynécologie*, 1910.

Ledoux (Lucien A.). — Full term extrauterine pregnancy, with report of three cases (*American Journal Obstetric and Gynec.*, Saint-Louis, 1926, XI, 385-399. Discussion, 420).

Lejars. — Congrès de Chirurgie, 1904.

Lenormand. — *Gynécologie et Obstétrique.*

Léopold. — *Arch. f. gyn.*, 1876.

Léopold. — *Zeutralb. für gyn.*, 1899.

— *Aech. für gyn.*, Bd XVIII.

Lequeux. — *Obstétrique*, mai 1911.

Lescuyer (P. M.). — De la momification du placenta dans les grossesses extra-utérines. Nancy 8° Malzeville, 1898.

Lichtenstein. — *Arch. für gyn.*, Bd 109.

Lichtenstein. — *Zeutral. für gyn.*, mai 1919.

— *Zeitschrift für Gyn.*, 1920, Ni 25.

Liebe (W.). — Weitere Fälle von extrauterin gravidität (*Zeutralblatt für Gynâk*, Leipzig, 1926, I, 1150-1159).

Littnauer. — *Zeutral für gyn.*, 1902.

Litzmann. — *Arch. für gyn.*, 1880.

Loison (Vincent). — Evolution des tissus fœtaux en inclusion aseptique dans la cavité péritonéale. Thèse de Lyon, 1926-1927).

Lovrich. — *Ibid.*

Lumpe. — *Zeutral. für gyn.*, 1905.

Lévy Solal et Vignes. — Rétention d'os du crâne fœtal dans la cavité utérine pendant plus de trois ans (*Soc. Obst. et Gyn.*, 1920, p. 38).

Larkin. — Foetal remain (*Proc. N.-York Path. Soc.*, 1914, p. 227.)

Maccabrunii (U.). — Gross. tubo-abdom. (*Ann. univ. de med. e chir.*, Milano, 1883, CCLXIII, 122).

Mauriceau. — Traité des malad. des femmes grosses, 1740.

Mc Lann (F.). — Gross. tubo-abdom. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, London, 1909-1910, III).

Mc Cann (F.). — Gross. abdom. probablement primaire (*Lancet* London, 1916, II, 98).

Mc Cown (O. S.). — Gross. ectopique de 8 mois. Extirpation complète (*J. Tenn. M. Ass.*, Nashville, 1923-1924, XIV, 253).

Mc Donald (E.). — Gross. ectopique à terme (N.-Y., *M. J.*, 1911, XCIV, 1059).

Mc Guire (S.). — Gross. tubaire allant à terme après la rupture (Old. Dominion *J. M. et S.*, Richmond, 1904-1905, III, 465).

Mc Lean (E. J.). — Gross. abdom. faux travail à terme ; extrac-

tion du fœtus et du placenta 6 mois après (*Tr. Obst.; Soc*, London, 1906-1907, XLVIII, 129).

Marsh (J.). — Gross. abdom. à terme. Expulsion du fœtus par le rectum 27 mois après (*J. Obst. et Gyn. Brit. Emp.*, London, 1906, IX, 438).

Martin (X.). — Gross. abdom. (*N. Zirsch. f. Geburtsh.*, Berlin, 1834, I, Hft., 2-52).

Mathis (E.). — Gross. extra-utérine à terme. Opération 8 mois après (Texas State *J. M.*, Fort-Worth., 1918, XIV, 13).

Maury (J. M.). — Gross. abdom. (*Surg. Gynec. et Obst.*, Chicago, 1920, XXXI, 523).

Maugrier (E.). — Thèse d'Agrégation, 1886.

Meck (H.). — Gross. abdominale (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1900, XLI, 624).

Meyer (F.). — Gross. abdom. (Intercalen. *M. J.*, Australas. Melb., 1905, V, 145).

Meyer (J.). — Gross. abdom. primitive (*Zeutralbl. f. Gyn.*, Leipzig, 1925, LXIX, 118).

Minassiou (H. H.). — Gross. abdom. (J. Iowa State *M. Soc.*, Washington, 1915, V, 413).

Moran et Mauby. — Rupture de gross. ectopique au 6e mois. Laparotomie, guérison (*Intern. I. Surg.*, N.-Y., 1890, III, 230).

Morris (C.). — Gross. abdom. (Weekly, *Bull. Saint-Louis, M. Soc.*, 1910, IV, 323).

Mouratoff. — Etude sur la grossesse ovarienne (*Ann. de gyn.*, février 1890).

Murphy (J. B.). — Gross. abdom. de 7 mois, extraction 3 ans après (*Ann. Surg.*, Phila., 1904, XXXIX, 464).

Murphy (J. C.). — Gross. abdom. (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1907, XLIX, 943).

Myers (B. T.). — Gross. abdom. (Penn. *M. J.*, Athens., 1906-1907, X, 692).

Mc Nally (F. P.). — The association of congenital diverticula of the Fallopian tube with tubal pregnancy (*American Journal Obstetric and Gynéco.*, Saint-Louis, 1926, XII, 303-318).

Mandelstaunn (A.). — Beitrag zur therapie der Tubargravidität (*Zeutralblatt für Gynâk*, Leipzig, 1926, I, 1659-1663).

Mandl. — *Arch. für gyn.*, 1897.

Mandl et Schmidt. — *Arch. für gyn.*, Bd 56.

Manley (J. R.). — Report of a case of two ovarian pregnancy (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Saint-Louis, 1926, XI, 512).

Manna (A.). — La gravidanza tubarica presso il termine considerazioni anatomiche e cliniche (*Clin. Ostet.*, Rome, 1926, XXVIII, 127, 179).

Martin. — *Zeitsch. für Gyn.*, Bd 24.

— *Berlin, Klin. Wochers*, décembre 1881.

Maschka. — *Wiener med. Wochen*, 1885.

Matwegew. — *Wratsch*, 1902.

Mauclaire. — Coexistence de la grossesse tubaire avec l'appendicite, la périsigmoïdite et l'épipelvite pelviennes, les contractions péristaltiques et antipéristaltiques des trompes de Fallope (*Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1926, XCIX, 414-416).

Mauthner (F.). — *Zeut. für Gyn.*, 1922, S 2002.

Maygner. — Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

Mayne (R. M.). — Ovarian pregnancy ; report of a case J. tava State *M. Soc.*, Des Monies 1926, XVI, 282.

Mendoza (J.). — Un caso de ruptura tubaria (*Revue de méd. y cirug.*, Caracas, 1926, IX, 102-104).

Metzger. — Leçons de la Clinique Tarnier, 1925.

Meyer. — *Sing. Gyn. et Obst.*, 1919.

Michelon. — Etude pratique du radio-diagnostic fœtal. (Thèse de Lyon, 1926-1927).

Mills (P. S.). — Extra-utérine gestation going to term with a living mother and child (*Indian M gaz.*, Calcutta, 1925, IX, 510).

Mobrier (F.). — *Monatsschrift für geburtsh und Gynäk*, Bd 15, Heft 4.

Moebius. — *Monatschr. für geb.*, Bd 15.

Momigiano (E.). — Sulla gravidenza tubarica recidiviante (*Arch. ilt. di chir.*, Bologne, 1925, XI, 792-832).

Muret. — *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1902.

— *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, avril 1898.

Michalow. — Rétention de fœtus mort (*Russ. Med. Rundschau*, 1909, p. 608).

Meyer Ruegg. — Rétention von Foeters kuachen nach abortus (*Gyn. Helvet*, 1908-1909, p. 84).

Meyer. — Rétention embryonale Knochew im utérus (*Zeit. f. Gebuits. u. Gyn.*, 1922, p. 409).

Marshall. — Case of missed abortion (*Tr. Glasgow obst. and gyn.*, 1900, 1902, 1903, p. 35).

Mayolle. — Rétentions anormalement prolongées de parties fœtales osseuses in utéro après l'accouchement et l'avortement. Thèse de Paris, 1920.

Mills. — A case of papyraneous foetus (*J. Am. Med. Ass.*, 1923, p. 1775).

Meyer Riiegg. — Mozeration des lebenden Kindes (*Zentr. f. Gyn.*, 1920, p. 433).

Di Nardo (F.). — Gross. extra-utér. à terme (*Rassegua d'obstet. e ginec.*, Napoli, 1909, XVIII, 24).

Nash (A. I.). — Gross. extra-utér. de 8 mois (*Brit. M. J.*, London, 1918, II, 406).

Nash (W. G.). — Gross. abdominale (*Lancet*, London, 1922, I, 429).

Nebesky (O.). — Gross. abdominale (*Zeutralbl. f. Gynaek.*, Leipz., 1904, XXVIII, 197).

Nicholson (W. R.). — Gross. extra-utérine à terme (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1908, LVII, 801).

Nicolaysen (J.). — Grossesse ectopique, laparotomie, extraction d'un enfant mort, guérison (*Tr. Am. Ass. Obst. et Gynaec.*, Phila., 1890, III, 250).

Newel. — Gross. ectopique à terme (J. Missouri *M. Ass.*, Saint-Louis, 1920, XVII, 357).

Noble .— Gross. abdom. à terme (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1918, LXXVIII, 767).

Nutt (G.). — Gross. ectopique à terme (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1910, LXI, 906).

Neugebaner. — *Gyn. Kongress*, Leipzig., 1897.

Nichilson (J. H.). — Tubal pregnancy ; causes of enors in diagnosis with especial reference to the newer symptom (*Journal Médical Ass. Georgia Atlanta*, 1926, XV, 354-388).

Norris (E.). — *Réf. Zeut. für Gyn.*, 1921, N 26.

Novak (E.). — Combined intra-uterine and extra-uterine pregnancy with a report of two hundred and seventy nx cases weludnig 2 new cases observed by the author (*Surg. gynec. and obst.*, Chicago, 1926, XI, 26-37).

— Combined intrauterine and extrauterine pregnancy whit a report of 276 cases, incloding 2 new cases observed by the author (*Tr. South. Sing. Ass.*, 1925, Philadelphie, 1926, XXXVIII, 157-179, 2 pl.)

Novrio. — *Sing. gyn. and obst.*, juillet 1920.

Oliver (J.). — Gross. ectopique, fœtus de 5 mois, placenta implanté sur la paroi abdominale antérieure, opération, guérison (*Brit. M. J.*, Lond., 1898, II, 1613).

— Gross. extra-utérine à terme (*Lancet*, London, 1903, I, 1437).

Opocher (E.). — Gross. ectopique à terme, rétention fœtale (*Riv. et verieta di soc. med.*, Venezia, 1907, XLVII, 525).

Orrillard. — Thèse Paris, 1894.

Osshausen. — Deutsch. méd. Wochen, 1890.

— *Deutsch. méd. Wochen*, 1890.

Orthmann. — Missed abortion (*Zeit. f. Geburtsch. u. Gyn.*, 1904, p. 412).

Page (P.). — Gross. extra-utérine, extraction d'un fœtus mort et à terme (*Lancet*, London, 1898, II, 1123).

Pardi (U.). — Gross. abdom. primitive à terme (*Ann. di. ostet.*, Milano, 1914, II, 193).

Pallen (M.). — Gross. abdom., laparotomie (*Am. J. Obst.*, N.-Y. 1880, XIII, 502).

Paquy. — Thèse Paris, 1894.

Paradis. — Thèse.

Paré (A). — Œuvres.

Paterson (H.-J.). — Gross. extra-utér. Opération au 6e mois de la gestation (*Lancet*, London, 1908, II, 1835).

Paterson (J. A.). — Gross. extra-utér., rétention du fœtus pendant 7 ans (Pittsburg, *M. Rev.*, 1896, X, 245).

Penrose (F. F.). — Gross. tubo-adominale (*Tr. Obst. Soc.*, Lond., 1888-1889, XXX, 124).

Perkins (N. C.). — Gross. extra-utér. prolongée 3 mois au-delà du terme (*Tr. Phila., Obst. Soc.*, 1871-1873, N.-Y., 1874, II, 81).

Pestalozza (E.). — Forme rare de grossesse abdominale secondaire (*Gynécologia*, Florence, 1904, I, 42).

Peters (S. A.). — Gross. abdom. Mort subite (*Am. J. M. Sc.*, Philadelphie, 1853, XXV, 550).

Peterson (R.). — Rétention d'une gross. extra-utér. pendant 6 ans (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1903, XLVII, 108).

— Gross. extra-utér. de 7 mois, laparotomie, guérison. (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1909, LIX, 659).

— Gross. ectopique à terme, dans laquelle le fœtus mort fut retenu pendant 8 mois dans la cavité abdominale (*Physician et Surg. Ann. Arbor et Detroit*, 1913, XXXV, 198).

Peu (Philippe). — La pratique des accouchements.

Philipps (J.). — Gross. ectopique, mort du fœtus à la fin du 6e mois, laparotomie 2 mois 1/2 après (*Tr. Obst. Soc.*, London, 1893, 1894, XXXV, 162).

Pickard (J. E.). — Gross. abdom. primitive (Canada *Proct. et Rev.*, Torento, 1901, XXVI, 239).

Pinniger (A. E.). — Gross. abdom. (*Am. J. Obst. et Gyn.*, Saint-Louis, 1923, n. s. XXXI, 49).

Pinard. — Documents pour servir à l'histoire de la gross. extra-utérine, 12 observations (Paris, 1892, G. Steinheil, 13 p. 8 et *Bullet. Acad. méd.* Paris, 1894, 3, 5, XXXI, 149-153, et *Semaine médicale*, Paris, 1894, XX, 9-11, et *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1892, XXXIII, 99-171).

Plinnuer (H. G.). — Gross. abdominale. Laparotomie, guérison (*Lancet*, London, 1888, II, 1224).

Polak (J. O.). — Gross. abdominale (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1918, LXXVIII, 927).

Pollak (S.). — Gross. intra et extra-utérine à terme (Saint-Louis, *M. et S. J.*, 1871, VIII, 193).

Popoff (I.). — Gross. abdom. (*Russk. Med.*, Saint-Petersb., 1886, IV, 177).

Porro (E.). — Gross. abdom. primitive, mort du fœtus, laparotomie, extirpation complète du kyste fœtal (*Ann. di Ostet.*, Milano, 1896, XVIII, 577).

Pou Orfila (J.). — Gross. ectopique prolongée (10 mois) avec putréfaction de l'œuf retenu dans l'abdomen. Laparotomie et extraction du fœtus et du placenta en un temps,

guérison (*Rev. méd. d. Uruguay*, Montevideo, 1917, XX, 538).

Praguer. — Gross. extra-utérine abdominale (*Gaz. méd. da Bahia*, 1895-1896, 4 s. VI, 206).

Préville (de). — Observations sur les accouchements, 1756.

Prüsmann (F.). — Gross. abdom. secondaire (*Ztschr. f. gebrutsh. u. Gynäk.*, Stuttgart, 1904, LII, 288).

Puech. — Statistique des résultats de 199 grossesses abdom. (*Soc. méd. d'Amiens* (1869-1872), 1873, IX-XI, 121).

Pankon. — Tubenschwangerschaft und Tubenentzündung (*Arc. für gynaek*, Berlin, 1925, CXXV, 490-494. Discussion, 499-504).

Paquy. — Thèse de Paris, 1897.

Parry. — Extra-utérine pregnancy, Londres, 1876.

Pellis. — Thèse de Lausanne, 1921.

Penin (P.). — Double rupture de grossesse tubaire à 14 mois d'intervalle (*Progrès médical*, Paris, 1926, XI, 1384).

Pestalozza. — *Arch. italiano digui*, octobre 1900.

Petersen (E.). — Grossesse tubaire rejetée sur le même côté (*Acta obstet. et gynecol.*, Xardin Helsingfors, 1926, V, 118-127).

Pezcoller (A.). — Tre rari casi di gravidanza estra-uterina (*Bulletin Médical Trent.*, Trente, 1926, X[II], 318,-322).

Pillier. — *Bulletin de la Société Anat.*, 1888-1892.

Pinard. — *Ann. de gynécologie*, 1889. Dictionnaire des Sciences médicales, art. : Grossesse ectopique.

Piskacek. — *Zeut. für Gyn.*, 1923, N 23.

— *Uber Auslodungen Gebdimuth.* Vienne, 1899.

Poorten. — *Zeutr. für Gyn.*, 1922, 5, 756.

Pozzi. — *Revue de Gynécologie*, t. IV.

Popoff. — *Wracht*, 1900.

Potocki. — *Ann. de gyn.*, 1904-1908.

Proust. — *Paris-Médical*, août 1910.

Puech. — *Gazette obstétricale*, 1879.

Puccinelli (V.). — Rothura di gravidanza extra-uterina al 5e mese (*Clin. Ostet.*, Roma, 1925, XXVII, 217-221).

Pisano. — De la macerazione dei Feti nell Utéro (*Ann. d. Ostel.* 1909, p. 237).

Prouvost. — Rétention pendant 4 mois d'un fœtus mort au 4e mois de la grossesse (*Soc. Obst. et Gyn.*, 1913, p. 680).

Powileviez et Morace. — Rétention fœtale et toxémie gravidique (*Gyn. et Osbt.*, 1924, p. 280).

Potocki. — Rétention intra-utérine du fœtus mort (*Rev. Prat. Obst. et Pédiatr.*, 1908, p. 314).

Planchu. — Rétention prolongée d'œufs morts des premiers mois de la grossesse (*Soc. Obst. et Gyn.*, 1924, p. 646).

Peters. — Missed abortion (*Frouenarzt*, 1903, p. 337).

Quarella (B.). — Gross. abdom. secondaire, consécutive à une

perforation interne, fœtus vivant (*Ann. di Ostet*, Milano, 1916, I, 481).

Quinn (E. H.). — Gross. abdom. (*Med. Rec.*, N.-Y., 1898, LIII, 638).

Ralli. — Thèse Paris, 1900.

Rector (J. M.). — Grossesse ectopique (N.-Y., *M. J.*, 1894, LX, 648).

Reed (C. A. L.). — Gross. abdominale (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1906, LIII, 205).

— Gross. abdom., rétention pendant 4 ans et 9 mois, compliquée de fibrome utérin. Laparotomie, marsupialisation, guérison (*Lancet clin.*, Cincinn., 1905, n. s. 381).

Regnault. — Thèse Paris, 1891.

Reifferscheid (K.). — Gross. abdom. primitive (*Ztschr. f. d. ges. Anat.*, 1 *Abt.*, München u. Berl., LXIII, 554).

Reynolds (E.). — Deux cas de gross. abdom., l'une à terme (Boston *M. et S. J.*, 1911, CLXIV, 681).

Richter (E.). — Gross. abdom. (*Allg. deutsche Hebam. Ztg.*, Berlin, 1896, XI, 82).

Ricketts (B. M.). — Gross. ovarienne à terme (*Am. J. Surg. et Gyn.*, Saint-Louis, 1899-1900, XII, 146).

Robinson (B.). — Opération pour grossesse ectopique au 10e mois *Med. Herald.*, Saint-Joseph, 1895, n. s., XIV, 571).

Ronginsky (A. J.). — Gross. abdom. (*Med. Rec.*, N.-Y., 1905, LXVIII, 501).

Rosenwasser (M.). — Gross. péritonéale à terme, opération après la mort du fœtus ; guérison (*Tr. ohio M. Soc.*, Norwalk, 1897, 288).

Rosner (A.). — Deux cas personnels de grossesse abdominale (*Przegl. lek.*, Krakow, 1910, LIX, 736).

Ross (J. F.). — Gross. abdom. à terme (*Canad. Pract.*, Torento, 1888, XIII, 73).

— Gross. extra-utér. à terme. Laparotomie, extraction du placenta, drainage, guérison (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1909, LIX, 602).

Kozar (A. R.). — Gross. abdom. à terme (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1921, LXXVI, 239).

Ricard. — Grossesse extra-utérine rompue (*Lyon médical*, 1926, CXXXVIII, 301-303).

Rein. — *Zeutral. für gyn.*, 1892.

Richter. — *Arch. für gyn.*, Bd XCVI.

Rivière. — *Soc. de gyn. de Bordeaux*, 1919.

Robinson (M. R.). — A contribution of the biomechanism and the pathology of ectopic preguancy, with a consideration of some of it clinical phenomena ; based on a study of on hundred and thity are cases (*American Journal Obstetric and Gynecology*, Saint-Louis, 1926, XII, I, 232).

Rooswinkel. — *Munch med. wochen*, 1913.

Roques (M. C.). — Radiographie du produit d'une grossesse extra-utérine ayant séjourné 21 ans dans la cavité abdominale (*Arch. él. Méd.*, 1906, p. 594).

Rosenthal. — *Zeutral. für gyn.*, 1896.

Ross. — *Amric. journal of obst.*, 1893.

Rowland (J. M. H.). — Extauterine pregnancy at full term (*Sing. gynec. and Obst.*, Chicago, 1926, XIII, 50-52).

Roy (D. W.). — Operation for full trine extra uterine pregnancy (*Proctitioner*, London, 1925, XCV, 339-341).

Rudeaux. — Conduite à tenir en présence d'un fœtus mort retenu dans un kyste fœtal (*Clinique*, 1907, p. 85).

— Que faut-il faire en présence d'un fœtus mort retenu dans la cavité utérine (*Clinique*, 1906, p. 169).

Rouvier. — LMort du fœtus au 5e mois de la grossesse. Sa rétention jusqu'au terme de cette grossesse (*Soc. Obst. et Gyn.*, 1913, p. 564).

Rosenkranz. — Rétention fœtale (*Berl. Klin. Woch.*, 1903, p. 1176).

Remy. — Longue rétention d'un œuf mort dans les derniers mois de la grossesse (*Rev. mensuelle de Gyn. Obst. et Pédiatr.*, 1914, p. 126).

Sarraute (G.). — Thèse Paris, 1884

Sauri (J. R.). — Gross. abdom. (*An. Assoc. Larrey*, Mexico, 1876, II, 13).

Schmidt (F.). — Deux cas de gross. extra-utér. avec extraction d'enfants morts (8o Munchen, 1903).

Schneider (G. H.). — Gross. abdom. primitive (*Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaek.*, Berl., 1923-1924, LXV, 184).

Schul. — Thèse Nancy, 1883.

Scott (N. S.). — Gross. extra-utérine à terme. Autopsie 8 ans après (Cleveland, *M. J.*, 1911, X, 514).

Seeligmann (L.). — Gross. abdom. à terme (*Deutsche med. Wehnschr.*, Leipzig, u. Berlin, 1906, XXXII, 879).

— Gross. abdom. primitive (*Zeutralbl. f. Gyn.*, Leipz., 1829, XIII, 529).

Sells (C. J.). — Gross. ectopique de six mois, mort (*Guy's hospital Gaz.*, London, 1829, XIII, 529).

Semb (O.). — Gross. extra-utérine de 9 mois (*Norsk Mag. f. Laegevidenkt*, Christiania, 1903, 5 R. I, 385).

Smith (A.). — Laparotomie pour gross. abdom. Extirpation d'un fœtus à terme, du placenta et du sac (*Brit. M. J.*, Lond., 1901, II, 961).

Smily (W. J.). — Gross. ectopique opérée à terme (*Brit. gynec. J.*, London, 1895-1896, XI, 490).

Soba. — Gross. abdom. (*Saukwa Fujnikwa Kenkin Kwai Kwai Ho*, Tokyo, 1903, no., 58).

Solomons (P.). — Gross. abdom. (*Surg. Gyn. et Obst.*, Chicago, 1916, XXIII, 338).

Spinola. — Gross. ectopique abdominale (*Ann. paulist. de med. e cirurg.*, Saint-Paulo, 1916, VI, 129).

Stirling (L. G.). — Gross. abdom. (N.-Orl., *M. et S. J.*, 1901-1902, 87).

Stone (P.). — Gross. abdom., opération (*Wash. M. Ann.*, 1906, V, 159).

Streit. — Gross. abdom. (*Cor. Bl. f. schweiz. Aertzi*, Bosel, 1899, XXIX, 654).

Sullivan (I.). — Gross. abdom. (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1921, LXXVI, 521).

Swift (J. B.). — Deux cas de grossesse abdominale, l'une à terme (Boston *M. et S. J.*, 1828, CXXXVIII, 441).

Sanger. — *Zeutral für gyn.*, 1890.

Sappey. — Académie des Sciences, 1883.

Saschke (R. Th. v.). — *Klin. Woshenschr.*, 1923, S. 1320.

Sauve. — Thèse de Paris, 1906.

Sayle. — *Presse Médicale*, 1905.

Schiller (W.). — Zur Frage des Ektopichen Endometriums (*Arch. für gynaek*, Berlin, 1925-1926, CXXVII, 544-608).

Schiller (W.) et Ornstein (F.). — Neber Mobilirubinogenurie bei normales und bei Ektopischer Schwangerschaft (*Zeutschr. für geburtsh und gynâk*, Stuttgart, 1925, I, XXXIX, 352-364).

Schmitt. — Zur Actiologie der interstitiellen Schwangerschaft (*Arch. für gynaek*, Berlin, 1925, CXXV, 494-498. Discussion, 499-504).

Schmidt (F.). — Zwei falle von Extrauterine Graviditât mit übertragenen abgestorbenen (*Kinde* 8°, Munchen, 1903).

Schneider (G. H.). — Peritonitis und extrauterin gravitidäd (*Monarschr. für gebrusth und Gynaek*, Berlin, 1926, IXXIII, 304-311).

Schickele. — *Gynécologie et Obstétrique*, janvier 1924.

Schnoeder. — Maladies des organes génitaux de la femme. Traduction française.

Schoch (E. O.). — Zin Frage der Ektopischen Decidus (*Zentralblat für gynâk*, Leipzig, 1926, I, 2826).

Schwartz (A.). — Formes rares de grossesses extra-utérines (*Paris méd.*, 1926, IIX, 297-300).

Schwarts. — *Paris méd.*, 21 juin 1924.

Seligmann. — *In* these Traverson. Paris, 1917.

Serlov (J.). — *Réf. Zeut. für Gyn.*, 1924, N 7a.

Serpa (R.). — Un caso de embarazo extrauterino (*Repert. de Médecine g cirurg.*, Bogota, 1925-1926, XVII, 563-568).

Setenhoven. — Diskussions bemerkung in der 352 (*Sitzung der Gyn. gesellschaft*, Dresden. *Réf. Zeut. für Gyn.*, 1920, N 7).

Shoenhof (Clara). — Neber merkwürdige Untergangs formen ektopischer Graviditäten Zugleich ein Beitrag zur Frage

dei « Sontanheilung » (*Arch. für Gynaek*, Berlin, 1925-1926, CXXVIII, 463-495).

Shoenholz (L.). — Untersuchungen über die Ursache der Eileiterschwangerschaft (*Arch. für Gynaek*, Berlin, 1925-1926, CXXVII, 609-717).

Simon. — Thèse de Strasbourg, 1852.

Sippel. — *Deutsch med. Wochen*, 1892.

Sippel. — *Monats. für geb.*, 1987.

Sittler (Erica). — Grossesse ovarique datant de 44 ans, lithokelyphopaedion (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1926, XV, 522).

Sittner. — *Arch. für gyn.*, 1901 ; *Arch. für gyn.*, 1908.

— *Arch. für gyn.*, 1908.

Skinweg (P.). — Zur Kasnistek der Ovarial gravidität (*Zeutschr. für geburtsh. und gynaek.*, Stuttgart, 1925, IXXXIX, 380-383).

Slivinski (R.). — I. Deux grossesses tubaires différentes dans l'espace de 5 mois ; II. Grossesse tubaire isthmique (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, 1925, XX, 461).

Soulégoux. — *Bulletin Société Anatomique*, décembre 1922.

Sourasky (M.). — A case of simultaneous abdominal and tubal perguancy (*Lancet*, London, 1926, II, 650).

Stauch. — *Ann. de gyn.*, 1895.

Staunn (F.). — Uber extrauterin gravidität (*Zeitschrift für geburtsh und Gynäk*, 1925, LXXXVIII, 3, XXXII, p. 553).

Steckbauer (J. W.). — Ectopic pregnancy of an anomalores Fallopian tube (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1926, I, XXXVI, 621).

Stein (H. E.). — Report of 106 cases of extra uterine pregnancy (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Saint-Louis, 1925, X, 833-836).

Stiglbauer (R.). — Gleichseitige intra und extra uterine Schwangerschaft mit geburt am normalen Schwangerschaftsende (*Wien Klin. Wchunchr.*, 1926, XXXIX, 656).

Strassmann. — *Berlin. Klin. wochen*, 1902.

Strauss. — *Arch. für gyn.*, 1903.

Stuckey (P. S.). — A case of double ectopic gestation (*Médical journal Australia*, Sydney, 1926, II, 147).

Schlee. — Roentgen photogramme eines foetus compressus (*Fortsch. a. d. Geb. d. Roentgenstrahlen*, 1911, p. 232).

Strachan. — The pathology of fœtal maceration (*Brit. M. J.*, 1922, p. 80).

Stillmunkes. — Tous utérine et rétention de fœtus mort (*Sud Médical*, 15 mars 1920).

— Physiopathologie de la toux chez la femme enceinte (*Toulouse Médical*, 1920, n° 10).

Schwaab et Weil. — Un cas de rétention fœtal. Radiographie (*Soc. Rad. de Med. Paris*, 1913, p. 109).

Schmutter. — Ueber intra uterine embryonale skelettierung (*Centr. f. allg. Path.*, 1924, p. 578).

Talmey. — Gross. abdominale secondaire (N.-Yorck, *M. J.*, etc., 1906, LXXXIV, 1923.

Tate. — Gross. abdom. (Ohio, *M. J.*, Colombus, 1909, V, 622).

Tate (W.). — Gross. extra-utérine, mort du fœtus à terme. Extirpation du sac 3 mois après (*Proc. Roy. Soc. Med.*, London, 1911-1912. *V. obst. et gyn. sut.*, 124).

Taylor. — Gross. abdom. secondaire, extirpation de l'enfant et du placenta 3 mois après la mort du fœtus à terme (*Tr. obst., Soc.*, London, 1897-1898, XXXIX, 178).

Testa (M.). — Gross. abdom. secondaire (*Arch. di Ostect. e Ginec.*, Napoli, 1925, 2 s., XII, 124).

Thompson (W. N.). — Gross. abdom. (*Surg., Gynec. et Obst.*, Chicago, 1913, XVII, 262).

Tigert (H. M.). — Gross. ectopique, fœtus à terme (*J. Tenn. M. Ass.*, Nashville, 1922-1923, XI, 132).

Tomson (G.). — Gross. ectopique à terme (*J. Akush. i. Ilusk. bolics.*, Saint-Pétersb., 1899, XIII, 1414).

Traverson. — Thèse, Paris, 1917.

Trippe (R.). — Gross. abdominale (*Tr. South Surg. et Gyn. Ass.*, 1891. Phila., 1892, IV, 334).

Tagliaferro (P.). — Un caso di aborto tubarico trattato com spremitura della tuba, secondo mangiagalli (*Clin. Ostét.*, Roma, 1926, XXVIII, 366-370).

Tainturier. — Thèse Paris, 1895.

Tait. — Leçons sur la grossesse ectopique, 1888.

Taylor. — *Lancet*, 1898.

Tenfik-Remsky. — *Gyn. et Obst.*, mai 1924.

Thorek (M.). — Case of ovarian pregnancy with liestilogical findings (Illinois *M. J.*, Oak Park, XIIX, 106-111).

Thormahlen. — *Réf. Zeit. für Gyn.*, 1922, N 25.

Torelli (R.). — La testa di un feta rinvenuta nel ventre d'una settuagenaria (*Breve Cenno Anatomo patologico*, 12e, Perugia, 1851).

Trangott (M.). — Blutung ex ovario oder extrauterin gravidität (*Monarschr. für geburtsh und Gynaek*, Berlin, 1926, IXXII, 307-313).

Treub. — *Ibid.*

Troupin (A. S.). — Interstitial pregnancy with report of a case (*Bonton M and S. J.*, 1925, CXCIII, 1237-1239).

Tussenbroeck. — *Ann. de gyn.*, 1899.

Turenne. — Muerte y retencion del einterion durante la primera unitad del embarazo (*Rev. Med. d. Uruguay*, 1914, p. 386).

Thanen-Ranier. — Rétention de fœtus mort (*Monatsch. f. Gebertsh. u. Gyn.*, 1922, p. 31).

Valdagni (V.). — Gross. abdom. primitive (*Ginecologia*, Fireuze, 1905, II, 164).

Van Marter et Corson . — Deux cas de grossesse ectopique à terme, laparotomie, guérison (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1904, L, 179).

Vaux. — Gross. abdominale (Saint-Louis, *M. Gaz.*, 1898-1899, II, 279).

Velpeau. — Traité des accouchements.

Vernedal. — Thèse, Paris, 1904.

Violet. — Thèse Toulouse, 1910.

Vickers (B.). — Gross. abdominale avancée (*Lancet*, London, 1916, II, 18).

Vineberg (H.). — Gross. extra-utérine à terme, extirpation du placenta et de l'utérus (*Am. Med.*, Phila., 1905, IX, 572).

Vandescal. — Thèse de Paris, 1919.

Vandescal (R.). — Evoluzione inverosimile d'une gravidenza extrauterina, parti a termine spontaneo feti vivo, morte per emorragia copiosa nel se condamento (*Clin. Obstet.*, Rome, 1925, XXVII, 184-186).

Varnier. — In these de Gen., Paris, 1901.

Veit. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 1889.

Veit (J.). — Döderlein Handbuch.

Velfeau. — *Annales de la Chirrurgie française et étrangère*, 1845.

Vernedal (H.). — De la conduite à tenir dans les cas de rétention prolongée des fœtus extra-utérins, 8°, Paris, 1904.

Vignard. — *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, t. XLVI.

— *Gazette médicale de Nantes*, XXL.

Villard. — Rupture de grossesse tubaire interstitielle ; inondation péritonéale, laparotomie, guérison (*Lyon médical*, 1926, CXXXVIII, 12).

—. *Gyn. et Obst.*, août 1924.

Vineberg (H. N.). — A case of early ovarian pregnancy associated with uterine pregnancy (*American Journal Obstétric et Gynec.*, Saint-Louis, 1926, XII, 332-336).

Violet. — Grossesse extra-utérine avec enfant mort 15 jours avant le terme ; extirpation du sac par laparotomie deux mois après la mort de l'enfant, guérison (*Lyon médical*, 1926, CXXXVIII, 251-253).

Vrillard. — Thèse de Paris, 1894.

Von Meyenburg. — Métastasiereudes sarkom beim Kaimchen nach Einheilung eines foetus (*Virchow's Arch.*, 1925, p. 563).

Volkmann. — Rétention intra-utérine de fœtus mort (*Munch. Med. Woch.*, 1924, p. 1724).

Walker (J.). — Gross. abdom. primitive (*Arch. f. gyn.*, Berlin, 1919, CXI, 342).

Ward. — Sur la grossesse abdominale (N.-Y., *State J. M. M.*, N.-Y., 1921, XXI, 441).

Welton. — Gross. abdom. secondaire (Long. Island *M. J.*, Brooklyn, 1923, XVII, 208).

Weisinger. — Deux cas de grossesse abdominale. (*Wien Klin. Wchnschr.*, 1894, VII, 677).

Williamson (G. M.). — Gross. abdom. (*Journal Lancet*, Minneap., 1925, XLV, 463).

Wilson (I.). — Gross. intra-ligamentaire à terme (Birmingh. *M. Rev.*, 1913, LXXIV, 30).

Windisch (O.). — Gross. tub. à terme (*Gynackologia*, Budapest, 1908, 101).

Wren (E.). — Gross. abdom. (South. *M. J.*, Birmingh., 1920, XIII, 746).

Wagner (G. A.). — *Ref. Zeut. für Gyn.*, 1920, N 29.

Walthard (M.). — *Zeitschrift für geburtsh und Gynâk*, Bd 69.

Weibel. — *Arch. für gyn.*, 1908.

Webster. — Ectopic pregnancy, Londres, 1894.

— Ectopic pregnancy. London, 1895.

Werth. — *Beit. zur Avort.*, 1888.

— *Beitr. zur Anat.*, Stuttgard, 1891.

Werth (R.). — V. Winkels Handbuch.

Werder. — *Americ. Journ. of. obst.*, N° 31.

Weyneersch. — *Gyn. et Obst.*, avril 1925.

Wildmann (S. F.). — Ectopic pregnancy : with the report of eigteen cases classified inte four groups (*J. Oklahoma M. Ass.*, Muskogee, 1926, XIV, 117-119).

Willette. — Thèse de Paris, 1910.

Williams. —*American Journal of obstetric*, 1900.

Wochs (C. S. . — Extrauterine abdominal pregnancy (*Med. J. and (Rec.*, New-York, 1926, CXXIII, 241).

Woeglie. — *Revue de gynécologie et de chirurgie*, 1915.

Wyder. — *Correspondblatt für Schweizer*, Aerste, 1890.

Wolff. — Ueber roentgenologische altersbestimmung bei foetus papyracées. Beslau, 1914.

Waiss. — La muerte intra uterina y retencion del feto en la albuminuria (*Arch. Soc. Estad. Clin. de la Habana*, 1903-1904, p. 597).

Weather Head. — Retention of a foetus (*Brit. M. J.*, 1911, p. 1694).

Yartseff (A.). — Grossesse abdominale (*J. akush. i. jeusk. boliez*, Saint-Pétersbourg, 1907, XXI, 1112).

Zimmerman (V.). — Gross. extra-utérine à terme, opération, mort (Brooklyn, *M. J.*, 1903, XVII, 544).

Zarate. — *Revue de gyn.*, 1922.

Zedel. — *Zeitschr. für geb. und Gyn.*, 1893.

Zeitler (L.). — Probepunktion des hinteren Douglas bei Extrauteringravidität (*Monatschr. für Gebusth und Gynaek*, Berlin, 1926, I, XXII, 168-182).

Zimmermann (R.). — Dissezierendes Hämatom der tubemoand bei junger rupturierter Tubar gravidität (*Zeutrablatt für Gynâk*, Leipzig, 1926, I, 2249, 2253).

— Zur Frage der Dezidua bildung in graviden Tube (*Monatschr. für geburtsh un gynaek.*, Berlin, 1926, I, XXII, 30-40).

ZWAFEL. — *Arch. für gyn.* Bd. XLI.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	11
Définition	14
Historique	14
Etiologie	23
Pathogénie	24
Anatomie pathologique et évolution macroscopique	39
Anatomie pathologique et évolution microscopique	39
Symptomatologie	42
Description clinique	42
Interrogatoire	42
Symptomatologie physique	46
Formes cliniques	57
Complications	59
Diagnostic positif	61
Diagnostic différentiel	61
Pronostic maternel immédiat	63
Pronoctic maternel tardif	64
Traitement	65
Interventions	66
Indication de l'intervention	66
Date de l'intervention	66
Choix de l'intervention	67
Technique opératoire	67
Résultats de suites opératoires	67

ANNEXES

A. — Liste énumérative des observations cliniques	73
B. — Liste des observations cliniques classées par âge de la grossesse	75
C. — Observations cliniques accompagnées des protocoles opératoires	76
D. — Liste des grossesses extra-utérines conservées dans le Musée de la Clinique Tarnier (Description)	108
E. — Liste des ectopions et lithopédions du Musée de la Clinique Tarnier	110

F. — Descriptions des ectopions et lithopédions du Musée de la Clinique Tarnier..... 110
G. — Quatre observations publiées par M. le Pr Brindeau (leçons du jeudi soir, clinique Tarnier)..... 115
H. — Résumé d'une observation de MM. Demelin et Bouchacourt (1903)..... 117
I. — Observations de M. le Pr Stamm, de Mayence..... 120
J. — Observations de M. le Pr Krauss, de Souabe, sur un cas de lithopédion..... 123
J *bis*. — Observations de M. le Pr Schockaert, de Louvain.
K. — Statistiques générales de la Clinique Tarnier et plus particulièrement des grossesses extra-utérines et des rétentions de fœtus morts.....
Conclusions..... 139
Bibliographie..... 141

8010 — Imp de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 2-1928